UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 N° 18

DES

# HÉMORRAGIES

DANS

# L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

(Leur traitement à la Maternité)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 14 Mars 1907 à 1 heure*

PAR

**G. HERBINET**

Ancien Interne des Hôpitaux
et de la Maternité de Paris

*Président* . . . . M. GILBERT, *professeur.*

*Juges.* . . . . . MM. CORNIL, *professeur.*
VAQUEZ, *agrégé.*
DEMELIN, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A MES CHERS PARENTS

*Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance*

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais
Chevalier de la Légion d'Honneur

MEIS ET AMICIS

*A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX*

1898 - Monsieur le Professeur agrégé WALTHER
Monsieur le Docteur FAISANS

*EXTERNAT*

1900 - Hôpital Lariboisière. *Chirurgie.*

Monsieur le Professeur agrégé REYNIER
Monsieur le Docteur BEURNIER
Monsieur le Docteur BOUGLÉ *(in memoriam)*

1901 - Hôpital Cochin. *Médecine.*

Monsieur le Docteur DELPEUCH *(in memoriam)*
Monsieur le Docteur PARMENTIER

1902 - Hôpital Trousseau. *Médecine infantile.*

Monsieur le Docteur GUINON
Monsieur le Docteur RIST
Monsieur le Docteur RENAUT

*INTERNAT*

1903 - Hôpital Saint-Antoine. *Médecine.*

Monsieur le Docteur LENOIR

— - Hôpital Saint-Antoine. *Maternité.*

Monsieur le Professeur agrégé BAR

1904 - Hôpital des Enfants-Malades. *Chirurgie infantile.*

Monsieur le Professeur agrégé BROCA

— - Hôpital des Enfants-Malades. *Diphtérie.*

Monsieur le Professeur agrégé MARFAN

1905 - Hôpital de la Maternité.

Monsieur le Docteur PORACK

Monsieur le Docteur MACÉ

— - Hôpital Tenon. *Chirurgie.*

Monsieur le Docteur DEMOULIN

1906 - Hôpital Boucicaut. *Chirurgie.*

Monsieur le Professeur agrégé NELATON

Monsieur le Docteur OMBREDANNE

A Messieurs les Docteurs SERGENT, HUDELO, TISSIER, ROBINEAU, LAPOINTE, LESAGE, GUISEZ.

Monsieur le Docteur COLLINET, Chargé de la consultation d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital Boucicaut.

Monsieur le Docteur KALT, Chef de service à la Clinique Nationale des Quinze-Vingts.

# INTRODUCTION

On sait depuis longtemps que la complication la plus grave de l'insertion vicieuse du placenta est l'hémorragie. Celle-ci arrive généralement dans les derniers mois de la grossesse ou quelquefois seulement au cours du travail. Nombreuses sont les modalités qu'elle peut revêtir. Uniques dans certains cas, ce qui est l'exception, elles se caractérisent plutôt par leur répétition. D'où leur gravité généralement considérable due tant à la quantité de sang épanché à la fois qu'aux pertes successives faites parfois dans un temps très court. Connaître cette gravité maternelle, savoir également que ces hémorragies sont très préjudiciables à la vie du fœtus, c'est dire l'intérêt qui s'attache à cette question. Les prévenir dans la mesure du possible, les arrêter dès qu'elles apparaissent, tel doit être le but de l'accoucheur.

Pendant le temps que nous eûmes le plaisir de passer en qualité d'interne à la Maternité dans le beau service du Dr Porack nous eûmes l'occasion de suivre et de voir de près plusieurs cas d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Notre première impression fut plutôt de la surprise et de l'effroi : de la surprise à constater combien il est difficile d'arrêter une hémorragie obstétricale alors qu'en chirurgie nos maîtres nous ont appris à savoir triompher facilement d'une hémorragie ; de l'effroi à la vue de ce ruisseau sanguin

qui dans les cas malheureux a vite fait de provoquer la mort.

C'est la critique d'un certain nombre de cas que nous nous proposons dans ce travail, c'est la ligne de conduite qu'on a coutume de suivre à la Maternité que nous avons l'intention de résumer. Les quelques observations de cas malheureux qui se sont produits nous seront d'une grande utilité en tant qu'enseignement pour l'avenir. Nous apportons à l'appui de notre thèse la statistique de ces trois dernières années à la Maternité de Paris.

Nous avons surtout en vue le traitement de ces hémorragies, qui est le point capital de la question.

Pour ce modeste travail, nous avons eu recours bien entendu à l'expérience de nos excellents maîtres de la Maternité, MM. les Docteurs Porak et Macé. Nous les avons entendu énoncer à maintes reprises leurs idées sur ce sujet, nous avons vu leur règle de conduite, et c'est à leur inspiration que nous avons entrepris de résumer le traitement qu'ils mettent en vigueur dans leur service hospitalier; qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour le bienveillant accueil et la cordiale sympathie qu'ils nous ont toujours réservés.

Nous remercions également Mme la sage-femme en chef de la Maternité, Mlle Hénault, pour les conseils qu'elle nous a prodigués et les bonnes leçons de pratique que nous avons puisées à ses côtés.

## CHAPITRE PREMIER

### DES HÉMORRAGIES DANS LE « PLACENTA PRAEVIA »

On a coutume de dire qu'il y a insertion vicieuse, quand le placenta est inséré sur le segment inférieur; pour parler à l'aide de chiffres, toute insertion qui se fait à moins de 8 centimètres ou de 10 centimètres, pour le professeur Pinard, de l'orifice interne, doit être considérée comme insertion vicieuse. C'est là sans doute une division très simple et qu'il est facile d'appliquer. Ainsi entendu le nombre des insertions vicieuses est relativement grand, et si l'on consulte certains travaux à ce sujet on arrive au chiffre colossal de 79,50 0/0 : Spindler 1895 : élève de M. Bar.

En clinique l'idée d'insertion vicieuse est intimement liée à l'idée d'hémorragie et il semble préférable, toujours au point de vue clinique, le seul d'ailleurs qui nous intéresse ici, de prendre comme cas d'insertion vicieuse tous ceux qui insérés sur le segment inférieur se sont compliqués d'hémorragie quelle que soit sa modalité. De la sorte le pourcentage est singulièrement réduit. Les statistiques accusent un placenta praevia pour 1.000 accouchements dans la pratique générale, un pour 250 dans la pratique hospitalière. A la Maternité nous relevons :

En 1905 : 19 cas sur 3.000 accouchements, 0,60 0/0
En 1904 : 32 cas sur 3.000 accouchements, 0,70 0/0
En 1903 : 20 cas sur 3.000 accouchements, 0,60 0/0

Et cette insertion présente plusieurs variétés : latérale, quand le placenta tout en étant inséré en partie sur la zone dangereuse a son bord inférieur distant de l'orifice interne ; marginal, quand le bord affronte l'orifice interne, enfin central quand le placenta empiète sur l'orifice et le recouvre en totalité ; dans cette dernière variété une subdivision s'impose : variété centrale complète ou partielle suivant que le centre du placenta répond ou non à l'orifice interne. Ces variétés sont importantes à connaître car, si toutes ont la même prédisposition à l'hémorragie, leur gravité est différente suivant le cas ; les deux premières variétés : latérale et marginale sont de beaucoup plus fréquentes. Je relève sur la statistique de la Maternité.

1905 : Latérales 7, Marginales 8, Centrales 4.
1904 : Latérales 7, Marginales 12, Centrales 3.

**Pathogénie.** — Ces données quoique assez fastidieuses sont nécessaires à connaître pour comprendre la pathogénie des hémorragies. Nous n'entrerons pas dans l'exposé de toutes les théories qui ont été émises à ce sujet. A côté de la théorie de Jacquemier, formulée en 1846 et soutenue par de nombreux auteurs qui voient dans l'hémorragie le résultat d'un manque de parallélisme entre le développement des parois utérines et du placenta, on adopte généralement la théorie du tiraillement exercé par les membranes sur le placenta au moment de l'ampliation du segment inférieur. On comprend aisément que dans les derniers mois, alors que le segment inférieur se développe, les membranes doivent suivre cette extension. Elles sont généralement solides au voisinage de leur insertion placentaire et au lieu de se rompre, ce qui arrive parfois cependant, elles tiraillent sur le bord pla-

centaire, arrivent à le décoller, d'où hémorragie. Au moment du travail, les mêmes causes subsistent et même s'exagèrent si l'on songe à la disposition du col et à la dilatation de l'orifice. Il va sans dire que toutes ces causes ont plus ou moins d'effet suivant la variété d'insertion vicieuse et il est facile de prévoir que plus l'insertion est basse, plus les chances d'hémorragie grave sont grandes.

Du mécanisme de ces hémorragies on peut déjà conclure au moment de leur apparition, et en effet elles n'apparaissent guère avant le sixième mois ; c'est à ce moment seulement que commence à proprement parler le travail d'ampliation du segment inférieur.

Est-ce à dire qu'avant cette date aucune perte de sang ne peut avoir lieu, non sans doute, témoin une de nos observations : N° 198, 1904, où la première hémorragie eut lieu à 4 mois ; mais dans ces cas il est plus légitime d'accuser une métrite antérieure que l'insertion vicieuse elle-même. Chez notre femme en effet on relève l'existence de deux avortements, de pertes blanches abondantes qui ont subsisté pendant longtemps.

Deux autres observations nous montrent aussi la première hémorragie au bout du troisième mois, ce qui fait trois cas sur les 46 que nous avons recueillis à la Maternité.

Quoi qu'il en soit, en règle générale, les hémorragies du placenta praevia se voient au bout du sixième mois. Nos observations se différencient de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Hémorragie au 6e mois. . . . . | 6 |
| — 7e — . . . . . | 13 |
| — 8e — . . . . . | 17 |
| — à terme. . . . . | 6 |

**Symptomatologie.** — L'hémorragie survient brusquement sans aucun phénomène prémonitoire et c'est généralement au milieu de la nuit que la femme, sans ressentir la moindre dou-

leur, se sent tout à coup inondée ; elle regarde et tout effrayée constate qu'elle baigne dans le sang.

Telle est habituellement l'histoire de la première hémorragie par placenta praevia. Elle peut être d'emblée mortelle, c'est exceptionnel, elle est le plus souvent peu abondante et s'arrête d'elle-même. L'hémorragie est constituée par du sang clair ; parfois quand le sang se trouve retenu dans le vagin, il n'est pas rare de voir se former de gros caillots qui s'évacuent sous l'influence de mouvements.

Cette hémorragie est rarement unique : à des intervalles très irréguliers, de nouvelles pertes de sang réapparaissent dans les mêmes conditions, avec les mêmes caractères, mais généralement plus abondants que la première. Et cette deuxième hémorragie peut être suivie d'une troisième et ainsi de suite, et toujours à des intervalles impossibles à déterminer. De plus elles peuvent également s'accompagner de douleurs, douleurs de contraction utérine dès que le travail est commencé.

**Diagnostic.** — Devant pareil accident, il s'agit d'établir au plus vite un diagnostic. L'absence de douleur en général, l'apparition brusque, l'écoulement de sang liquide sont les caractères suffisants pour une première hémorragie par insertion vicieuse. La tendance à la répétition est un élément de plus. Restent encore d'autres signes qui font un cortège symptomatique des plus riches : Il s'agit en général d'une multipare dont les antécédents d'avortement, de métrite, de suite de couches pathologiques ne sont pas indifférents à la notion d'insertion vicieuse. La constatation d'une accommodation fœtale défectueuse est un point capital, si on songe que la présence du placenta sur le segment inférieur forme tumeur empêchant un des pôles d'appuyer franchement sur les parois du bassin. Dans nos cas nous observons cinq présentations du siège, cinq présentations de l'épaule, la majorité reste néanmoins la présentation du sommet, mais sommet mobile. La rupture

prématurée des membranes, étant donné le mécanisme de l'hémorragie, est encore un des signes qui plaide en faveur de l'insertion vicieuse. Enfin l'examen direct nous apprend que le palper est rendu difficile dans la portion inférieure, que les parties fœtales sont difficilement appréciables, que le fœtus n'est nullement engagé. Dans certains cas même, avec un peu d'habitude, on peut arriver à la perception d'un empâtement indiquant la présence antérieure ou latérale du placenta sur le segment inférieur. Le toucher vaginal indique que le col est élevé, qu'il est dévié à droite ou à gauche suivant le côté où se trouve l'insertion placentaire, confirme la présentation haute et souvent vicieuse, donne en plus la sensation d'une masse qui sépare nettement le doigt de la partie fœtale sus-jacente, ce qui est encore corroboré par l'absence de ballottement céphalique.

Enfin si l'on veut explorer le col, ce qu'il faut toujours faire avec une extrême prudence à cause des nouvelles hémorragies qu'on peut provoquer, on arrive à percevoir au niveau de l'orifice interne, des membranes épaisses, tomenteuses qui donnent presque la sensation de caillots, et sur un des côtés de pourtour, un bord épais, rugueux, c'est le placenta en insertion marginale. En cas d'insertion centrale, on tombe directement sur la masse placentaire.

Tous ces signes sont largement suffisants pour affirmer le diagnostic. Mais il faut dire qu'ils ne sont pas toujours au complet, et dans certains cas l'erreur est possible.

Il nous faut passer en revue succinctement les diverses causes d'hémorragie survenant dans les derniers mois de la grossesse ou pendant le travail. Nous n'insisterons pas sur la rupture des varices génitales qui peuvent donner lieu à des hémorragies effrayantes — la cause du délit sera presque toujours reconnue par l'examen du vagin — ni sur la rupture du sinus circulaire, rare en somme, et qui ne s'accompagne nullement des autres signes de l'insertion vicieuse.

L'endométrite hémorragique, les ulcérations du col, soit métritiques ou cancéreuses ne sont pas d'un diagnostic difficile en règle générale. Les fibromes de l'utérus donnant lieu à de fortes hémorragies pourraient en imposer pour la présence du placenta sur le segment inférieur, le toucher intra-cervical fait en dernière analyse lève les doutes. On peut citer sans s'y arrêter la rupture des vaisseaux fœtaux.

Les hémorragies rétro-placentaires pouvant s'accompagner d'hémorragies externes sont parfois d'un diagnostic plus ardu. Dans ce cas le sang épanché est noir, mélangé à des caillots, le ventre douloureux, l'utérus est plus dur, et enfin la mort du fœtus en pareil cas est encore un élément de différenciation important.

En résumé l'hémorragie survient-elle dans les derniers mois de la grossesse ? les circonstances de son apparition éveillent presque toujours l'idée d'un placenta praevia.

Survient-elle au moment du travail ? c'est le toucher qui est la clef de voûte du diagnostic.

**Pronostic.** — Et le diagnostic établi de bonne heure permet à l'accoucheur de se tenir sur ses gardes, et d'instituer aussitôt un traitement approprié, car l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta est sans nul doute un des accidents les plus graves de l'obstétrique.

Paul Dubois disait souvent : « Si quelque chose pouvait me faire renoncer à la pratique des accouchements ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies par insertion vicieuse ». Leur pronostic est des plus réservé. Chez telle malade les hémorragies seront peu nombreuses et peu abondantes, chez telle autre une première hémorragie est insignifiante, la deuxième est mortelle ; chez telle autre, la première hémorragie est foudroyante.

Un des caractères de leur gravité est certainement leur tendance à la répétition. Quelle que soit leur modalité, elles sont toujours graves, graves par la quantité de sang épanché qui

peut déterminer une syncope mortelle, graves par le degré d'anémie qu'elles provoquent et qui met la femme dans un état de résistance moindre, qui l'expose singulièrement à tout danger d'infection.

La mortalité maternelle tend certainement à décroître. A côté des statistiques anciennes donnant une mortalité de 25 à 30 0/0, on peut donner comme pourcentage 2 à 3 0/0. Il va sans dire que ces statistiques n'ont qu'une valeur relative et qu'elles ne doivent pour être justes que porter sur un grand nombre de cas et ceux-ci reportés en un certain nombre d'années. En obstétrique comme en médecine les faits aiment à se présenter par série, et les séries malheureuses sont, il faut bien l'avouer, aussi fréquentes que les séries heureuses.

C'est dans une telle série de faits malheureux que nous ferons rentrer le résultat de nos observations à la Maternité,

En 1904, 3 décès sur 23 cas d'hémorragie.
En 1905, 2 décès sur 19 cas —
En 1903, 1 décès sur 20 cas —

Ce qui fait un total de 6 décès sur 62 cas, un pourcentage de 9,3, chiffre assez éloigné, on le voit, de la statistique précédente 2,36 0/0. Labusquière (*Annales de Gynécologie*, janvier 1896). Bourretère dans une thèse récente rapporte la statistique des placenta praevia recueillis à la Maternité de Saint-Antoine de 1897 à 1906. Sur les 92 cas qu'il cite 9 femmes sont mortes, d'où 9,7 0/0 de mortalité, ce qui cadre avec nos résultats.

Et les dangers que font courir les hémorragies dans le placenta praevia varient avec le mode d'insertion. Il va sans dire que les insertions centrales sont de beaucoup les plus redoutables puisque l'accouchement ne peut se faire sans un décollement préalable d'une large surface placentaire. Au contraire dans les insertions latérales et marginales, de légers

tiraillements se produisent seulement, quelques cotylédons seuls se détachent, et *a priori* l'hémorragie doit être moins abondante.

Dans notre statistique les faits prouvent cette déduction logique : sur les 6 cas malheureux on note 4 insertions centrales et 2 marginales.

Quoi qu'il en soit, et malgré un décroissement notable dans le pourcentage, la mortalité reste encore considérable. Si maintenant nous envisageons le sort du fœtus, nous sommes frappé du cœfficient énorme de la mortalité. Muller arrive au chiffre effrayant de 70 0/0 en général. Dans une statistique plus récente sur 42 cas d'insertion vicieuse, il compte seulement 9 enfants sortant vivants de l'hôpital, mais qui tous sauf un, ne tardent pas à succomber dans les 2 mois qui suivirent. Dans les cas que nous avons relevés, l'hécatombe fœtale paraît moins formidable. Il est vrai qu'il nous faut dire que nous n'avons pas fait d'enquête sur leur santé après leur sortie de l'hôpital. Et avec cette réserve nous avons :

En 1904, 8 enfants vivants dont 4 venus en état de mort apparente et ranimés sur 23 .
En 1905, 7 vivants sur 22 dont 3 ranimés.
En 1903, 8 vivants sur 20 dont 2 ranimés.

Et cette mortalité fœtale est facilement compréhensible. Le décollement du placenta prive le fœtus d'une certaine quantité de sang, ce qui peut provoquer l'asphyxie ; la rupture des vaisseaux ombilicaux est un accident fréquent au cours d'une intervention sur les membranes ou sur le placenta ; la procidence du cordon comme l'a bien montré notre maître le Docteur Porak est une éventualité banale au cours du placenta praevia, enfin l'accouchement prématuré, les mauvaises conditions de la vie intra-utérine donnent un enfant peu résistant, dont la fragilité est une des raisons de sa mort pendant

l'accouchement ou dans les quelques jours qui suivent.

D'où la formule générale à adopter et qui maintenant doit servir de base au traitement : dans un cas d'hémorragie par insertion vicieuse, mettre tout en œuvre pour assurer le salut de la femme, et cela fut-ce au détriment de la vie du fœtus.

## CHAPITRE II

## TRAITEMENT

Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse a été de tout temps la préoccupation constante des accoucheurs. C'est dire que bon nombre de moyens thérapeutiques ont été employés depuis la fin du XVIe siècle, date où les premiers travaux sur cette question apparurent. Nous n'avons pas l'intention de reprendre l'historique des nombreuses méthodes qui furent tour à tour préconisées depuis Guillemeau et Ambroise Paré jusqu'à nos jours. La mortalité en voie de décroissance prouve tout au moins qu'actuellement, si les principes qui guident les accoucheurs n'ont pas changé, leur thérapeutique s'est perfectionnée grâce aux progrès chirurgicaux, et grâce aussi à la richesse de l'arsenal obstétrical. Nous nous inspirons dans l'exposé du traitement des bonnes notions que nous avons acquises auprès de nos excellents maîtres de la Maternité, nous dirons la thérapeutique en faveur à la Maternité, et en donnant un certain nombre d'observations, nous essaierons d'étayer sur les faits rapportés, non pas une méthode infaillible, mais tout au moins des indications utiles et capables de rendre de grands services dans la pratique courante.

Et ce traitement comprendra deux parties différentes :

1° *Il s'agit en premier lieu de traiter l'hémorragie quelle que soit sa modalité* ;

*Ce sera si l'on veut ce que nous appellerons le traitement purement obstétrical. C'est celui sur lequel nous insisterons.*

2° *Il s'agira ensuite de traiter les conséquences de l'hémorragie, l'anémie qui en est fatalement le résultat. Ce sera le traitement médical.*

## I. — Traitement obstétrical.

Dans le traitement obstétrical une division s'impose suivant la date d'apparition de l'hémorragie.

Traiter l'hémorragie : 1° pendant la grossesse ; 2° pendant le travail.

**I. Pendant la grossesse.** — C'est, comme nous l'avons dit, après le sixième mois que ces hémorragies apparaissent. On est appelé généralement la nuit auprès d'une femme multipare le plus souvent qui sans aucune raison fut prise subitement dans son sommeil d'une perte sanguine abondante. Le faciès est pâle, les lèvres sont décolorées, son pouls est rapide l'entourage est inquiet. On apprend à la hâte que la femme perd déjà depuis un certain temps, mais devant l'absence complète de douleurs la crainte n'entrait point dans les esprits. La persistance seule de l'hémorragie avec ses conséquences de pâleur, quelquefois de syncope, apporte sa note d'effroi.

Dans de pareilles circonstances, d'emblée on doit songer à l'hémorragie par insertion vicieuse. L'idée d'un accouchement prématuré doit-il venir à l'esprit ? L'absence de douleurs, l'absence de contractions s'y oppose. La rupture du sinus circulaire si rare ne doit guère en imposer. Les observations en sont exceptionnelles, nous devons dire cependant que nous fûmes en présence d'un cas semblable à la Maternité pour

lequel on fit le diagnostic d'insertion vicieuse, et l'examen du délivre nous permit de constater notre erreur. Erreur permise devant la rareté de tels faits.

On est donc bien en présence d'une première hémorragie par insertion vicieuse du placenta, qu'un examen d'ailleurs plus complet pourrait encore corroborer : mais celui-ci est parfaitement inutile.

Que faire ?

Employer d'emblée les moyens les plus simples : injection chaude vaginale de 45° ou 50° de 4 litres environ. — Lavement chaud et petit lavement laudanisé de 20 gouttes.

Tout cela bien entendu la femme allongée sur le lit, la tête basse et dans une chambre surchauffée. Relever l'état général par un petit grog bien chaud ou un peu de champagne.

Presque toujours ces moyens réussissent, l'hémorragie disparaît, un repos absolu au lit de quelques jours est prescrit, l'anémie s'atténue et tout est rentré dans l'ordre.

Les premières hémorragies ont en effet généralement peu de gravité. Très souvent même elles s'arrêtent d'elles-mêmes. Le repos au lit suffit à la formation d'un caillot oblitérant.

Mais le danger qui subsiste toujours, c'est leur répétition. A une première hémorragie succède en général une hémorragie plus abondante et ainsi de suite, et leur gravité va en s'accentuant au fur et à mesure qu'on avance vers le terme. Est-ce à dire que cette espèce de loi ne souffre pas d'exception ?

Une de nos observations nous la fournit (666, 1905). Cette femme qui en fait le sujet eut deux hémorragies, la première au huitième mois, la 2e, 15 jours après, moins abondante et aucun écoulement de sang au moment du travail. Le placenta examiné confirmait une insertion marginale.

Il n'en reste pas moins vrai qu'une première hémorragie, aussi bénigne soit-elle, expose à de nouvelles pertes de sang

dont le pronostic doit toujours être réservé. Et cette vérité ne doit pas être cachée à la famille. Il est du devoir du médecin de renseigner l'entourage sur la répétition toujours possible, même probable, de nouvelles hémorragies qui devront toujours éveiller une idée de gravité plus forte et obliger à l'appel immédiat de l'accoucheur.

Si la situation de la malade le permet, rien de plus légitime que d'installer une garde auprès d'elle qui pourra en cas d'hémorragie nouvelle mettre en œuvre les moyens que nous avons déjà indiqués en attendant l'arrivée du praticien.

Enfin à Paris, par exemple, l'hôpital sera l'endroit par excellence où une surveillance de tous les instants ne sera pas comptée à la femme menacée de nouvelles hémorragies.

Tamponnement. — Supposons maintenant une hémorragie rebelle, qu'elle soit la première en date ou non, et qui résiste aux injections chaudes. N'insistez pas. Si à une injection de un à deux litres d'eau à 45° la perte continue, employez un autre procédé, celui du tamponnement vaginal.

Pour ce, on a coutume de se servir de petits tampons de ouate hydrophile stérilisée qu'on enduit de vaseline, et dont on bourre le vagin, au maximum de pression.

Si par hasard on n'a pas sous la main ces petits bourdonnets classiques, du coton hydrophile ordinaire, des bandes de tarlatane stérilisée, des morceaux d'étoffe bouillie, qu'on peut tremper dans du savon peuvent remplir le même office.

Le tamponnement fait, attendre. L'hémorragie s'arrête, le résultat désiré est obtenu. Il ne faut pas moins s'occuper de l'état général, combattre par tous les moyens possibles l'état de dépression et d'anémie causé par l'hémorragie.

Il va sans dire que le tamponnement doit être fait avec toute l'antiseptie rigoureuse des organes génitaux, il doit de plus distendre légèrement le vagin, et une bande en T appliquée soigneusement à la vulve doit donner la pression néces-

saire à son efficacité. On aura soin auparavant de vider les réservoirs vésical et rectal (Quoi qu'il en soit des critiques qu'a soulevées le tamponnement, il est utile dans bien des cas). Il peut permettre, tout en arrêtant l'hémorragie, à une grossesse loin du terme, de continuer sauf une nouvelle hémorragie.

En cas de rupture des membranes il sert parfois à la dilatation. Je dois dire qu'à la Maternité le tamponnement ne jouit pas d'une faveur extrême. Sur les 46 cas que nous rapportons deux fois seulement, j'entends à l'hôpital, on fit le tamponnement et deux fois on eut deux succès.

Une première fois le tamponnement arrêta d'emblée l'hémorragie et fut expulsé en même temps que le fœtus (obs. X, 1905).

Le deuxième cas dût être suivi de perforation des membranes et de version interne, mais il avait au moins servi à la dilatation, ce qui fut un service appréciable.

Tout en admettant à la rigueur que le tamponnement est une méthode d'exception, il ne s'en suit pas qu'il faille le vouer à l'ostracisme le plus absolu. Dans bien des cas il a rendu et peut rendre de grands services. On doit le laisser en place 5 à 6 heures.

Si l'hémorragie reparaît, il est urgent de tamponner à nouveau le vagin ou de procéder à une autre méthode, à la *rupture artificielle des membranes.*

C'est en effet à cette nouvelle méthode qu'il est préférable d'avoir recours d'emblée, si un premier tamponnement n'arrête pas les pertes de sang.

Rupture artificielle des membranes. — Ce traitement découle du mécanisme même des hémorragies. Nous avons vu que l'ampliation du segment inférieur était une des causes principales de l'hémorragie, par le tiraillement exercé sur le placenta par les membranes. Rompre les membranes c'est éviter les décollements placentaires.

De plus le fœtus ayant ainsi tendance à s'engager, son pôle inférieur viendra s'appliquer sur le segment inférieur, ce qui fait tampon au niveau du placenta décollé. »

M. Bar, dans un style imagé et se servant d'une comparaison pittoresque et fort juste dit, en propres termes :

« Tentez d'enfoncer, dit-il, le pied dans une botte, à l'intérieur de laquelle fait saillie un clou, la chaussette s'accroche au clou; poussez toujours, la chaussette se déchirera au niveau du clou. La botte c'est l'utérus, le placenta c'est le clou, la chaussette c'est l'enveloppe de l'œuf, le pied est le fœtus, l'effort est la contraction utérine.

Mais que la chaussette soit si usée à son extrémité, qu'elle cède en ce point sous l'influence de l'effort, le pied passe, descend et aucune déchirure ne se produira au point de la résistance.

Il en est de même de l'œuf quand il y a insertion basse. »

Il faut avant tout une déchirure large. Quelles sont les conditions nécessaires à la possibilité de la rupture artificielle ?

Le travail n'est pas encore commencé. Le col a toute sa longueur, mais il est dilatable, car il s'agit presque toujours d'une multipare. Après les précautions antiseptiques d'usage, lavage antiseptique des organes génitaux avec des injections de sublimé au 1 4000e ou à l'eau oxygénée diluée, lavage consciencieux des mains, on explore le col et les membranes.

Ici deux cas sont à envisager : ou l'insertion peut être latérale ou marginale, ou d'autre part centrale.

*a*) *L'insertion est-elle latérale ou marginale*, les membranes se reconnaissent facilement à la sensation de rugosité qu'elles offrent et l'opération est facile. L'ongle de l'index va servir d'instrument coupant, et l'écoulement du liquide amniotique vient démontrer le succès de la manœuvre.

Il n'en est pas toujours de même. Le fœtus est en général petit, le liquide amniotique abondant, les membranes se lais-

sent facilement repousser par le doigt sans offrir la moindre résistance.

L'ongle est impuissant à pénétrer dans l'œuf. Il est de toute nécessité d'augmenter la pression au niveau de l'orifice interne en refoulant l'œuf tout entier par la main gauche.

On arrive ainsi à faire bomber la poche des eaux et la pénétration devient plus facile. Toutefois, l'épaisseur des membranes est encore parfois un obstacle à la manœuvre digitale. Il faut dans de pareils cas, encore assez fréquents, se munir d'un perce-membranes, ou d'une sonde de femme comme le conseillait Gendron et le résultat est obtenu presque sûrement. Il ne faut pas craindre de faire une déchirure large, c'est une des conditions de réussite de la méthode.

*b*) *L'insertion est centrale.* — La difficulté est plus grande. Les membranes ne sont plus directement accessibles. Pour les atteindre le décollement d'une zone placentaire est fatale. C'est exagérer l'hémorragie par conséquent. Doit-on au contraire perforer d'emblée le placenta ? Question bien controversée et qui à l'heure actuelle n'est pas encore complètement résolue. Ce qu'on peut dire toutefois, c'est qu'en présence d'un col non dilaté, peu dilatable, on renonce à la rupture artificielle des membranes. Il est de l'avis d'un certain nombre d'accoucheurs, plus prudent d'avoir recours au tamponnement qui peut avoir dans ces circonstances le mérite d'arrêter l'hémorragie et d'activer le travail.

Si le col est suffisamment dilatable, pour permettre l'introduction de deux doigts on peut tenter ou la rupture artificielle des membranes ou la perforation du placenta, mais en les faisant suivre d'une intervention complémentaire : la version par manœuvres internes, ce que nous examinerons plus loin.

Ainsi conçue, à part bien entendu le dernier cas envisagé, que vaut la rupture artificielle des membranes contre l'hémorragie dans le placenta praevia ? On peut répondre qu'en général c'est une excellente méthode.

En 1903 à la Maternité sur 20 cas de placenta praevia on constate 12 cas de rupture artificielle, et sur lesquelles 3 seulement ont été suivies d'intervention complémentaire. Dans les 9 autres cas l'hémorragie s'est arrêtée et l'accouchement fut spontané.

En 1904 sur 23 cas, 10 ruptures artificielles dont 4 furent suivies de version.

En 1905-1906, 23 cas. 13 artificielles dont 10 furent complétées par la version.

Ces chiffres sont intéressants à interpréter ; ils montrent d'une façon indubitable l'évolution du traitement en question. En 1903, on relate 9 cas de rupture artificielle pure ; en 1904, 6 seulement ; en 1905, 3. Et tout cela se faisant sous la direction du même chef de service, notre maître le Dr Porak.

C'est qu'en effet la rupture artificielle seule n'est pas à l'abri de certaines critiques. Et le plus important reproche qu'on puisse lui adresser, c'est certainement d'empêcher la possibilité d'une version faite dans de bonnes conditions, si par hasard elle devient nécessaire. Aussi actuellement a-t-on tendance, ce notre statistique le révèle, à considérer la rupture artificielle comme le premier stade de la version par manœuvres internes.

La porte ouverte à l'infection, constitue le deuxième reproche. Enfin point capital, disent les adversaires de la méthode, souvent l'hémorragie n'est pas arrêtée par la rupture artificielle des membranes, pas plus que par la rupture spontanée. Les statistiques à ce sujet ne sont pas nombreuses, et ce point n'est guère fixé.

Nous donnerons cependant le pourcentage de nos observations qui produisent sur 45 cas le joli chiffre de 18 ruptures artificielles avec bon résultat.

Quoi qu'il en soit, la rupture artificielle des membranes reste un excellent moyen qui dans les cas que nous avons cités peut et doit donner au praticien une grande satisfaction.

Et ces trois méthodes, comme nous l'avons vu, qui loin d'être incompatibles peuvent se succéder sont surtout de règle pendant la grossesse et au début du travail.

2. Pendant le travail. — Le travail est-il commencé, l'hémorragie est comme nous le savons plus grave, il faut agir plus rapidement. Hâter l'accouchement, telle est la formule générale

Mais ici encore 2 cas sont à envisager : la dilatation est incomplète, la dilatation est complète.

### I. — Dilatation incomplète

La dilatation est incomplète ; elle est de 2 francs par exemple. Deux hypothèses sont à examiner. La parturiente est dans un état de santé assez bon, l'hémorragie vient d'éclater, l'anémie est peu prononcée, le pouls bien frappé et sans rapidité.

Faisons ce que nous avons dit tout à l'heure, la rupture artificielle des membranes, mais à condition toutefois que l'insertion placentaire ne soit pas centrale. L'hémorragie s'arrête, l'expectation est la ligne de conduite. Les pertes de sang continuent, la version s'impose.

Version. — De même si l'état de la femme inspire quelque inquiétude, si elle a des éblouissements avec tendance aux syncopes, il ne faut pas hésiter une seconde, la version est le procédé de choix en tant que le plus rapide. Et avant d'entrer dans l'exposé de la méthode dite version nous prenons soin d'indiquer que sous le mot version nous entendons aussi bien la version dite de Braxton Hicks encore appelée par Barrs version bi-polaire ou version par manœuvres mixtes, que la version exclusivement par manœuvres internes. Tout bien entendu doit dépendre des circonstances.

Nous admettons la dilatation incomplète, c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent.

Nous avons affaire à une multipare, aux tissus souples, aux organes génitaux complaisants, un fœtus petit, le plus souvent non engagé, une poche des eaux intacte, — bonnes conditions pour une version. Y a t-il présentation de l'épaule l'indication devient majeure.

Le seul point qui donne quelque appréhension est la faible dilatation. Et cependant il faut arrêter cette hémorragie qui menace de devenir mortelle.

Il est urgent pour pratiquer la version d'anesthésier la parturiente. L'éther sera donné de préférence au chloroforme, on a cité plusieurs exemples de syncope mortelle par chloroforme dans des cas d'anémie prononcée. La femme sera placée sur le bord du lit en position dite obstétricale, ou mieux sur une table d'opération, si on se trouve à l'hôpital. Toutes les précautions d'antiseptie et d'aseptie sont prises. Le diagnostic de présentation est fait. L'opérateur entre en scène.

Première constatation : l'état du col ; sa dilatation, sa souplesse. C'est lui en effet que le doigt va dilater progressivement jusqu'à lui donner une largeur suffisante à la pénétration de quelques doigts ou même de la main tout entière suivant les cas. Et pour cette dilatation, nous nous conformons aux excellents préceptes de M. Bonnaire dans son mode de dilatation manuelle, nous ne voulons pas le décrire en détails. Si le col présente quelque résistance, ne pas forcer surtout, aller prudemment et progressivement, commencer par un doigt, puis deux, savoir qu'une dilatation faite suivant les bons principes, doit demander, d'après M. Bonnaire 1/4 d'heure au minimum. Dans nos cas il importe cependant d'aller vite ; hâtons-nous lentement, dirions-nous en risquant une expression hasardée.

La dilatation suffisante est atteinte sans complication. La main toute entière est dans le vagin.

*Supposons l'insertion marginale ou latérale.* — La rupture

des membranes se fait comme nous l'avons décrit, nous n'insistons pas. Au moment de l'écoulement du liquide amniotique, faisons écluse avec notre main pour éviter la sortie d'une trop grande quantité de liquide, ce qui pourrait nuire à la version. Si une procidence du cordon avait des velléités de se produire, empêchons-là, si toutefois le fœtus est encore vivant. Dès lors nos doigts pénètrent dans l'œuf. S'il s'agit d'une présentation du siège complet, saisir un des membres inférieurs, l'attirer par le col suffisamment dilaté est chose facile. S'agit-il d'une présentation de l'épaule, la main tout entière devra pénétrer dans l'œuf, aller à la recherche d'un pied, théoriquement le pied antérieur, pratiquement du pied qu'on rencontre, l'attirer sans force, tout en faisant exécuter lentement des mouvements de rotation au fœtus, ce à quoi un aide peut contribuer par des pressions appropriées sur l'abdomen. Il va sans dire qu'il faut s'abstenir d'exercer la moindre traction au moment d'une contraction. Le pied a traversé le col, se trouve dans le vagin, la cuisse et le siège viennent en même temps appuyer sur le segment inférieur où se trouve inséré le placenta en partie décollé. C'est le « *tampon vivant* » à condition toutefois que le fœtus soit en vie, qu'on vient ainsi de placer sur le lieu de l'hémorragie.

S'agit-il d'une présentation du sommet non engagé, ce qui d'ailleurs est la règle, nous l'avons vu, la manœuvre sera un peu plus difficile, mais devra obéir aux mêmes règles que précédemment, agir sans brusquerie, attirer lentement le membre inférieur dans l'orifice du col.

*Mais l'insertion du placenta est centrale.* — Comment pénétrer dans la cavité ovulaire ? Deux éventualités sont possibles, ou décoller une petite portion du placenta et percer les membranes qu'on arrive à sentir, ou alors perforer le placenta lui-même. Ces deux méthodes ont leurs partisans et leurs détracteurs. L'une et l'autre d'ailleurs ont leurs avanta-

ges et leurs inconvénients. Il semble toutefois que le décollement du placenta préalable et la rupture des membranes consécutives soit plus facile et d'un usage plus courant. C'est à la partie antérieure que la zône placentaire est le moins étendue en général, c'est vers ce côté qu'il est préférable de pousser le décollement. Certes ces manipulations vont faire perdre à la parturiente une certaine quantité de sang, mais perte qui cessera bientôt dès la version terminée.

Perforons d'emblée le placenta pour pénétrer dans la cavité ovulaire paraît *a priori* facile. Il n'en est rien souvent. A l'aide de doigts on s'est frayé une brèche à travers deux cotylédons, cela bien entendu avec redoublement d'hémorragie. On croit être dans l'œuf et pourtant aucun écoulement de liquide amniotique n'a lieu. Pourquoi ? parce que l'amnios est décollé de la surface placentaire, fuit devant le doigt qui veut l'atteindre et parfois le résultat est difficile à obtenir. Il est bon pour éviter ce désagrément de fixer auparavant l'amnios, de le percer ensuite, ou encore d'augmenter la pression intra-ovulaire en appuyant sur l'abdomen de la main gauche ou en faisant faire cette manœuvre par un aide quelconque. On a également conseillé de repérer l'insertion du cordon sur le placenta, endroit où l'amnios est uni plus intimement aux couches sous-jacentes.

Quoiqu'il en soit de la méthode employée, l'œuf est ouvert et la version s'effectue.

L'hémorragie cesse généralement dès que le membre inférieur a franchi ce col et que le « tampon vivant » est appliqué sur la surface saignante. Faut il dès lors hâter l'accouchement ? Rien ne presse. La vie de l'enfant serait une des indications de terminaison rapide, mais nous savons qu'il est déjà fort compromis. Outre l'accouchement prématuré qui est de règle, les hémorragies successives l'ont péniblement affecté, et sa résistance est presque nulle et ses chances de survie très aléatoires. A vouloir extraire l'enfant dès la ver-

sion, on courrait le risque de faire éclater le canal cervico-segmentaire.

Laissons donc la parturiente se réveiller et attendons. Pour plus de prudence nous avons mis un lacs sur le pied. La présence de la cuisse et du bassin de l'enfant sur le segment inférieur va singulièrement favoriser les contractions et la dilatation complète va se faire peu à peu. Il suffira de vérifier ses progrès de temps en temps. Insensiblement le travail continuant, les contractions devenant plus fortes et plus fréquentes l'expulsion se fait d'elle-même, la durée totale de cette dernière phase de l'accouchement variant beaucoup d'un cas à l'autre.

Si par hasard le travail après la version était trop lent, ou même s'arrêtait, il serait utile d'exercer de petites tractions sur le membre supérieur prolabé.

Cette manœuvre aurait pour but de réveiller les contractions du muscle utérin et d'aider également à la dilatation. Et ces tractions ne doivent pas être continues ; tous les 1/4 d'heure environ une traction suffit et celle-ci doit se faire sans secousse ni violence, et toujours exercée fortement en bas pour que le siège vienne appuyée partout sur le segment inférieur. C'est là une des conditions d'une bonne dilatation et même à cette occasion je pourrais citer une phrase de mon maître M. Macé qui dans son exagération voulue montre bien dans quel sens ces tractions doivent être conduites : « si l'on pouvait, disait-il, il y aurait avantage à se mettre sous le lit de la parturiente pour tirer sur la partie fœtale prolabée ». Et dans ce cas encore, il sera bon de profiter d'une contraction, s'il en existe. Ainsi fatalement la dilatation progresse peu à peu et dès qu'elle est complète l'extraction fœtale se fait normalement. Dans toutes ces manœuvres, le « savoir attendre », la patience qui doit être une des qualités fondamentales de l'accoucheur, doivent être de rigueur.

Et pendant que se complète la dilatation, il s'agit de mettre

en œuvre tous les moyens nécessaires à remonter la malade, le traitement médical doit être appliqué dans toute son ampleur.

Telle est la version dans son ensemble.

*Difficultés et complications.* — Mais il faut bien le dire, elle a ses difficultés et ses complications. Les difficultés peuvent se rencontrer à tout instant dans la version. Une des plus grandes, qui quelquefois devient une impossibilité, est la faible dilatation du col. Généralement on a un col qui permet l'introduction de deux doigts, qui est de plus très souple de par une vascularisation plus grande que normalement. Bonne condition pour une dilatation manuelle ; parfois on se trouve en présence d'un col rigide qui résiste aux tentatives de dilatation. Faut-il pratiquer la dilatation instrumentale, soit à l'aide du dilatateur de Bosni ou de l'écarteur de Tarnier ? C'est possible certes, mais c'est là une manœuvre aveugle, et il faut pour la mener à bien beaucoup d'habitude si on ne veut pas risquer de déchirer le col. Placer un ballon de Champetier nous paraît plus logique et plus prudent. Le ballon, outre la dilatation qu'il va activer, pénétrant dans la cavité ovulaire, va constituer un tampon entre le fœtus et le placenta décollé, l'hémorragie s'arrête presqu'infailliblement. Le tamponnement utéro-vaginal a été préconisé également dans de tels cas. Dans notre statistique de la Maternité, nous ne rapportons aucun cas où ces deux dernières méthodes ont été employées, nous ne pouvons donc en faire la critique.

En tout cas, il est de toute nécessité avant de tenter la version d'avoir une dilatation suffisante. Les dangers d'une rupture utérine sont si graves dans des tentatives pareilles qu'il faut y renoncer de parti pris. Les statistiques de M. Demelin — dans un article sur la version dans les cas de placenta praevia obstétrique, septembre 1905, auquel travail nous avons fait de larges emprunts — sont éloquentes à ce sujet. Elles montrent une mortalité de 7 sur 31 cas où l'on fut obligé d'avoir recours

à la dilatation artificielle : au contraire sur 17 cas où la version fut faite en dilatation complète ou presque complète on note seulement un seul décès. Deux de nos observations de mort mentionnant des ruptures du col, relèvent de cette même cause.

Il va sans dire que s'il s'agit de la présentation du siège complet la dilatation n'a nullement besoin d'être aussi forte. L'introduction de deux doigts suffit amplement pour l'abaissement d'un pied. Et de cette constatation nous en tirons une conclusion utile et pratique : transformer, si faire se peut, dès la première hémorragie par placenta praevia la présentation existante en présentation du siège et cela par manœuvres externes. C'est une ligne de conduite adoptée à la Maternité, et qui en vue d'un traitement ultérieur met la femme dans de meilleures conditions de thérapeutique.

Une fois la dilatation suffisante, l'introduction de la main est assez facile. Il est rare que l'utérus se rétracte. S'il se contracte, on attend la fin de la contraction, l'anneau de Baudl dans un cas de M. Démelin était nettement résserré, mais il faut ajouter qu'il s'agissait d'une présentation de l'épaule, l'obstacle d'ailleurs céda vite à une légère pression.

L'extraction du fœtus est souvent le moment où les difficultés surgissent. Elles tiennent généralement à la précipitation avec laquelle on veut terminer l'accouchement. Il ne faut pas se départir des précautions que nous avons données plus haut et de la conduite à tenir en pareil cas. Vouloir hâter l'accouchement, exercer force tractions sur le fœtus, c'est vouloir forcer un col qui se dilate seulement peu à peu, c'est à coup sûr la déchirure du col, et quelquefois même du segment inférieur qui en est la conséquence.

Le col incomplètement dilaté peut s'opposer à l'extraction de la tête dernière. La manœuvre de Mauriceau est impossible, vous tirez avec force, rupture du col. Il est préférable d'avoir recours au cranioclaste ou au basiotribe, le forceps peut être

employé dans de semblables conditions, mais comme agent réducteur plutôt que préhenseur.

Résultats de la version. — Malgré ces difficultés, malgré les complications qui se rencontrent dans l'exécution de la version, ce moyen thérapeutique n'en reste pas moins excellent. Dans une récente statistique de M. Demelin portant sur 122 cas, la version eut lieu 42 fois, soit 34 0/0, ce qui permet à l'auteur d'ajouter : qu'il se croit autorisé à penser que dans 1/3 des cas environ la version est indiquée quand il y a ectopie placentaire avec hémorragie. Les observations recueillies à la Maternité pendant 1904-1905 nous donnent une proportion plus forte.

| | | |
|---|---|---|
| En 1904, sur 23 cas. | . . . | 9 versions |
| En 1905, sur 22 cas. | . . . | 15 — |

Ce qui fait 53 0 0, plus de la 1/2 des cas ont été justiciables de la version. Bien entendu, il s'agit dans ces chiffres de toute version, quelle que soit la présentation, quelle que soit la dilatation du col. Car nous dirons plus tard que la dilatation complète est une indication formelle pour la version.

Et quel est le pronostic de ce traitement. Il est certainement bien difficile de l'établir, étant donné que la version est souvent la suprême ressource dans un cas désespéré. Donner un chiffre de mortalité en bloc, c'est risquer de fausser la valeur qui doit lui être attribuée.

A côté de certains cas où la version est réellement cause de la mort par une des complications citées plus haut, il en est beaucoup d'autres où la version échoue là où tout autre méthode thérapeutique aurait fatalement échoué. Avec cette restriction nous allons malgré tout essayer de donner quelques chiffres.

Une statistique personnelle de M. Demelin donne sur 118 cas 2 décès et 42 enfants morts.

D'où mortalité maternelle . . . . . 1.6 0/0
— fœtale . . . . . 35.5 0/0

Une autre série rapportée par le même auteur relate sur 48 cas 8 femmes mortes et 37 enfants morts.

D'où mortalité maternelle . . . . . 16.8 0/0
— fœtale . . . . . 75.5 0/0

Voilà certes des chiffres peu comparables et cependant tous deux sont certainement pris à des services hospitaliers, ce qui prouve, ce que nous avons déjà avancé à savoir que les faits se succèdent par séries, heureuses ou malheureuses.

La statistique de l'hôpital Saint Antoine des années 1897 à 1906, rapportée par Bourretère dans sa thèse donne les chiffres suivants :

Sur les 92 cas d'insertion vicieuse relatés, on fit la version dans 37 cas et les résultats de ces versions sont les suivants :

Mortalité maternelle, 3 décès, soit. . . . 81 0/0
Mortalité fœtale, 30 décès, soit . . . . . 8.1 0/0

Dans la thèse de Bonnetère nous trouvons également la statistique de la Maternité de Copenhague dont le pourcentage de la mortalité pour version est de 16,6 0/0, soit 3 décès sur 18 cas de versions.

Notre statistique de la Maternité, considérée en bloc bien entendu, nous donne les résultats suivants :

En 1903, 4 versions . . . . . aucun décès
En 1904, 9 versions. . . . . 3 décès
En 1905, 15 versions. . . . . 3 décès

ce qui fait un total de 28 versions avec 6 décès, d'où 21.4 0/0. La mortalité fœtale est de 20 sur 28, d'où 71.4 0/0.

Chiffre considérable, concernant la mortalité maternelle, si l'on songe à la statistique personnelle de M. Demelin, mais

chiffre qui doit être expurgé, si nous examinons les 6 observations de décès nous notons :

1 mort par péritonite par infection antérieure.
1 mort par griffe concomitante.
1 mort par infection puerpérale.
3 morts par hémorragie.

Faut-il accuser la version de pareils méfaits? Non sans doute. Déjà le premier cas de péritonite par infection antérieure ne doit pas être imputé à la version. L'autopsie malheureusement ne fut pas faite, il nous fut donc impossible de vérifier l'état de l'utérus et du col. Il y eut certainement de l'infection qui s'est propagée au péritoine comme en témoignent les vomissements verts et le ballonnement énorme du ventre. Ici certes l'hémorragie n'a pas peu contribué à la gravité de cette infection par le degré d'anémie provoqué et qui mit la femme dans un état fâcheux de moindre résistance.

La 2e observation semble bizarre à plusieurs points. Il s'agit d'une femme qui arrive à la Maternité dans un état alarmant. Des hémorragies répétées depuis 2 jours l'ont anémiée profondément. La version est faite, tout semble s'être bien passé, malgré une intervention sur tête dernière. Et la mort survient une heure après la délivrance. L'autopsie faite par M. Durante, ne révèle aucune déchirure, au niveau du col, mais fait découvrir au niveau du poumon des lésions de broncho-pneumonie, imputables à une grippe concomitante.

Des 4 autres observations, l'une d'elles doit encore être éliminée (N° 2337, 1904). La version se fit sans aucune difficulté, l'extraction fut simple, et malgré tout la mort suivait de deux heures la délivrance. L'autopsie manque. Il est vraisemblable de rapporter ce décès au mauvais état général ; l'hémorragie avait commencé à 5 heures et ne s'arrêta guère qu'à 9 heures, date de son entrée à l'hôpital.

Restent seulement 3 cas malheureux où la version peut

a priori être mise en cause, puisqu'il s'agit de trois déchirures du col ou du segment inférieur.

L'une (225, 1905) meurt six heures après la délivrance, exsangue, et l'autopsie démontre une échymose formidable ayant décollé le péritoine pariétal et remontant jusqu'à l'atmosphère périrénale.

Le n° 2536 meurt douze heures après l'accouchement et l'examen des organes génitaux après la délivrance révèle l'existence d'une déchirure du col remontant jusqu'au niveau du segment inferieur.

Le n° 1806 meurt d'infection puerpérale, elle accouche le 31 juillet, elle meurt le 7 août, on constate ici encore une déchirure latérale du cul-de-sac postérieur avec participation du col sur une longueur appréciable.

Succintement résumés, ces cas malheureux peuvent être répartis en deux groupes : dans l'un la version ne semble avoir joué aucun rôle ; dans l'autre on relève trois déchirures utérines, qui par l'hémorragie persistante dans deux cas, provoquent la mort, l'autre se complique d'infection puerpérale.

Voilà certainement des complications imputables à la version, mais il faut avoir bien soin d'ajouter que sans l'état antérieur d'anémie, ces accidents de déchirure du col ou du segment inférieur n'auraient pas eu sans doute cette gravité. Et nous touchons là à un cercle vicieux. C'est précisément cet état d'anémie prononcé, suite d'hémorragies répétées ou durant déjà depuis un certain temps, qui obligea à une dilatation forcée et rapide.

Dans les trois cas certes la dilatation était à peine suffisante pour permettre la version. On voulait malgré tout arrêter l'hémorragie mortelle à bref délai, par l'accouchement rapide ; et l'accouchement se faisait, il est vrai, mais au prix d'une déchirure cervicale ou segmentaire, et la mort n'en survenait pas moins.

Aussi insistons-nous sur ce fait, ces observations de cas

mortels en sont une preuve indéniable, ne jamais tenter de version sans avoir une dilatation suffisante, sinon complète. Ainsi modifiée notre statistique tombe à une mortalité de **10,7 0/0.**

### II. — La dilatation est complète

La dilatation est complète, dans ce cas plus d'hésitation, la formule générale : terminer au plus vite, l'accouchement ne souffre plus d'exception. La méthode seule à proposer peut varier suivant la présentation et les circonstances. Mais ici plus que jamais la version est indiquée d'emblée. Elle se fera comme nous l'avons décrit plus haut sous anesthésie, et bien entendu les différents stades en seront singulièrement facilités. L'extraction fœtale doit suivre la version.

Il existe néanmoins quelques contre-indications à cette version. La poche des eaux est rompue déjà depuis quelque temps, le liquide amniotique reste en petite quantité, le sommet est profondément engagé, le fœtus est vivant. Il est dans de pareilles conditions bien préférable d'avoir recours au forceps qui par la rapidité de l'extraction peut avoir le mérite sur la version de donner un enfant vivant. Enfin si en pareil cas l'enfant est mort, on aura recours au cranioclaste ou au basiotribe. A défaut de ces instruments que tout praticien ne possède pas dans son arsenal, il est facile de perforer le crâne et de faire une application de forceps réductrice.

Dans ces extractions rapides, il est un danger à redouter si la femme est en état de shock, la syncope mortelle qui peut suivre une déplétion brusque de l'utérus. Il faudra donc procéder avec une certaine lenteur à l'évacuation du liquide amniotique et à l'extraction du fœtus.

Il va sans dire que la dilatation complète est une des conditions les plus favorables à la version, et dans notre statistique les cas de mort, nous le répétons, sont tous des cas où la

version fut tentée quand la dilatation était à peine commencée ou d'une petite paume de main au plus.

Quant à la fréquence des méthodes employées à dilatation complète, la version l'emporte de beaucoup sur le forceps.

Dans la statistique de l'hôpital Saint-Antoine, thèse Bourretère, on relate la proportion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Forceps. . | 23 0/0 | 11 forceps sur 48 intercalés. |
| Version. . | 77 0/0 | 37 versions sur 48 intercalés. |

A la Maternité on eut recours deux fois seulement au forceps et une seule fois au basiotribe, ce qui constitue comme on le voit, une bien faible proportion sur le nombre total de 28 versions qui furent effectuées.

Enfin si l'insertion vicieuse se complique d'une autre cause de dystocie, on comprend que la gravité du cas est encore augmentée par ce nouvel élément. Et le traitement doit être subordonné à la présence de la dystocie en jeu.

En cas de bassin rétréci par exemple il faudra se comporter différemment suivant les dimensions de ce bassin. Il n'en est pas moins vrai que la première indication sera toujours d'arrêter l'hémorragie.

**3. Pendant la délivrance.** — L'issue fœtale est presque toujours suivie de l'arrêt de l'hémorragie. Dans ces cas la délivrance peut se faire normalement, et elle ne comporte aucune indication particulière.

Néanmoins, il est juste de dire que l'hémorragie, même avant la délivrance, peut continuer. Et quelle que soit sa modalité, on ne doit pas oublier que l'on se trouve en présence d'une femme déjà profondement anémiée et chez qui toute nouvelle perte, si minime soit-elle, peut avoir les plus fâcheuses conséquences. Dès l'évacuation utérine, soyons donc attentifs, et à la première alerte, n'hésitons pas à faire faire une délivrance artificielle, telle est la formule.

Si l'hémorragie continue, ce qui n'est pas exceptionnel, si l'on songe à la plaie placentaire sur une portion utérine pauvre en fibres musculaires, il est de toute nécessité d'explorer le col et la cavité utérine. S'agit-il de cotylédons placentaires ? la main exploratrice les enlève aussitôt. Si l'hémorragie continue malgré tout des injections chaudes de 48° à 50° suffisent dans la majorité des cas à la faire cesser. On peut se servir préférablement d'eau bouillie chaude dans laquelle on aura mis au préalable 1/4 d'eau oxygénée.

En cas d'échec, et de même si on a constaté la présence d'une déchirure cervicale, il est nécessaire de pratiquer le tamponnement intra-utérin. Celui-ci devra être fait avec toute la minutie possible.

On aura soin de placer les doigts de la main gauche dans le col même et ceux-ci serviront de guide aux mèches portées dans le fond utérin à l'aide de la grande pince à pansement. Par la connaissance exacte du lieu de la déchirure, que la main gauche aura soigneusement repéré, on évitera toute fâcheuse violence au niveau même de la brèche utérine. Et le tamponnement terminé il est bon de le faire suivre d'un tamponnement vaginal. On est en droit également d'administrer dans ces cas des injections d'ergotine. Après tous ces divers moyens employés l'hémorragie s'arrête fatalement.

Enfin s'agit-il d'une rupture intéressant le segment inférieur et remontant haut, avec participation de tout le muscle utérin, il faudra traiter cette complication par un traitement approprié, l'hystérectomie vaginale, ou abdominale suivant l'état général.

Nous avons déjà dit la gravité de ces hémorragies de la délivrance, indépendamment des complications énoncées. C'est le coup de grâce à ces femmes déjà exsangues. D'où la nécessité impérieuse de les prévenir. C'est ce qui justifie entièrement la méthode préconisée à la Maternité à savoir : Dans tous les cas d'anémie profonde, faire dès la sortie de

l'enfant une délivrance artificielle et de parti pris un tamponnement intra-utérin.

Un autre petit point se rattache également à la pratique dès la délivrance. C'est le passage dans la cavité utérine d'un tampon imbibé d'un caustique quelconque : de la glycérine créosotée par exemple au 1/5. Cette méthode aura surtout ses indications quand il s'agira d'enfant mort depuis déjà quelques jours, et dans les cas où la rupture des membranes fut précoce, enfin dans tous les cas où on peut craindre une légère infection de la cavité utérine. Un tamponnement intra-utérin fait à la gaze iodoforme complète ce petit détail de pratique.

Et le rôle de l'accoucheur est-il terminé quand après la délivrance l'hémorragie a cessé. Pas encore. Les suites de couches sont toujours incertaines, demandant une surveillance de chaque jour. L'infection trouve un admirable terrain à son développement. Une femme anémiée, une rupture précoce des membranes, un produit de conception mort le plus souvent, des manœuvres parfois laborieuses, une rapidité extrême dans leur exécution constituent autant d'éléments qui peuvent faire redouter à juste titre l'existence et le développement de produits pathogènes. Nous n'insisterons pas sur la possibilité d'infection utérine légère, de fièvre puerpérale, de phlegmatia alba dolens, qu'il nous suffise de les signaler pour montrer combien il faut être prudent dans le pronostic à porter en pareil cas.

Mais, dira-t-on, prévoir ces complications n'est-ce pas avoir la faculté de les prévenir ? Traiter l'état général est la seule ressource, c'est la seule indication à remplir, c'est là le but du traitement médical.

## II. — Traitement médical.

Et ce traitement médical, si important qu'il soit, puisque souvent il doit être appliqué même avant tout traitement obsté-

trical, ne comportera pas de notre part de grands développements. Il ne varie guère en effet suivant les services, et ce qui est en faveur à la Maternité l'est un peu partout. Il varie surtout suivant les indications, et celles-ci se confondent dans le degré d'anémie que présentent les malades.

L'hémorragie fut-elle légère, on prescrira avant tout le repos au lit, dans une chambre calme à la température minimum de 15°, quelques boissons réconfortantes, du tood par exemple ; du bouillon, une nourriture légère, constituent le régime alimentaire.

L'hémorragie fut-elle plus abondante, le faciès est pâle, les téguments décolorés, le pouls petit et rapide, le traitement général doit être plus efficace. Repos absolu au lit, tête basse, boule chaude aux pieds, draps chauds sur le corps, grogs chauds, champagne : injections d'éther, d'huile camphrée, en cas de dépression trop accentuée : telles sont les indications à remplir immédiatement.

Remonter dans les jours qui suivent l'état général par une alimentation fortifiante et choisie : jus de viande, bouillon, œufs, lait, devra être la ligne de conduite de l'accoucheur.

L'anémie est plus accentuée. On se trouve en face d'une femme exsangue au facies cadavérique, au pouls petit presque incomptable, aux troubles de la vue, étourdissements, tendance aux syncopes, refroidissement des extrémités, état cyanotique des mains et des pieds.

Etat alarmant. Que faire ?

1° *L'hémorragie est arrêtée.* — Soutenir la femme le plus rapidement possible. Injections d'éther, d'huile camphrée, de caféïne, ballon d'oxygène, immobilité dans le lit très chaud avec boules aux pieds, boules sur les côtés. Tête basse, les membres inférieurs élevés. Il est quelquefois bon et utile en pareil cas, de faire à l'aide de la bande d'Esmarch la compression des quatre membres pour refouler vers le thorax et le

cœur la faible quantité de sang qui reste dans cet organisme à l'agonie.

Les injections de sérum artificiel sont de règle en pareille circonstance, et il est essentiel de les faire intra-veineuses. Nous n'entrerons pas dans le détail de cette technique, qui est aujourd'hui connue de tous les médecins. Nous nous contenterons seulement de donner un petit conseil de pratique. Il arrive bien souvent que la veine médiane du coude, lieu d'élection pour l'injection, est peu apparente chez des femmes en général grasses — et la recherche d'une veine à ce niveau peut quelquefois être laborieuse. Nous dirons que la découverte de la saphène interne d'un volume à peu près toujours égal, très facilement perceptible sur la surface osseuse sous-jacente et passant en avant de la malléole interne nous a été toujours facile alors que plusieurs fois l'opération au pli du coude fut une tentative vaine. La veine découverte, et ouverte, l'injection de sérum se fera lentement, une injection de 500 grammes demandant au moins 1/2 heure. Et c'est cette quantité que l'on a intérêt à ne pas dépasser à la fois dans les cas graves d'anémie, quitte bien entendu une heure après à recommencer et de la sorte injecter de 12 à 1500 grammes de sérum artificiel dans une journée.

En général ces injections intra-veineuses de sérum produisent d'excellents résultats, il faut toujours y avoir recours dans les cas désespérés.

Les injections sous-cutanées sont encore d'un usage courant, mais il est juste de dire qu'il faut leur préférer les injections intra-veineuses.

2° *L'hémorragie n'est pas arrêtée.* — Faire d'emblée un tamponnement et attendre avant de mettre en pratique un autre procédé qui échouerait infailliblement devant la gravité de l'état général.

Mettre tout en œuvre pour rendre un peu de vie et de force à cette malheureuse femme exsangue, et ce n'est que plus tard

qu'on sera autorisé à pratiquer le traitement purement obstétrical.

Et d'ailleurs une raison de plus à cette règle, c'est l'immobilité absolue qui est de rigueur.

Les syncopes mortelles rapportées par certains auteurs, un cas de Tarnier en particulier, témoignent suffisamment qu'en de semblables circonstances un simple mouvement peut provoquer la mort.

On le voit, le traitement général doit être comme le traitement obstétrical l'une des préoccupations constantes des accoucheurs, en cas d'hémorragie par placenta praevia. Ces deux traitements loin de s'exclure, se commandent l'un l'autre, se combinent et souvent l'un est subordonné à l autre.

**Observation 1.** — Insertion centrale. Hémorragies de la grossesse et du travail. Version par manœuvres internes. Enfant mort. Femme morte par infection (*infection antérieure*). — Année 1905. N° 2168. — 34 ans, concierge, multipare.

Premières règles à 13 ans, régulières, abondantes, durée de 4 jours, douloureuses, accompagnées de caillots.

Première grossesse à 24 ans en 1895 terminée au terme de 7 mois par la naissance d'un enfant mort avant tout début de travail, suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 25 ans terminée spontanément au terme de 6 mois par la naissance d'un enfant mort, suites de couches normales.

Troisième grossesse à 30 ans terminée spontanément à terme, enfant vivant. Au sixième mois de cette grossesse cette femme eut une hémorragie peu abondante, elle fit demander une sage-femme qui lui ordonne le repos absolu, elle y reste jusqu'à la fin de cette grossesse. L'hémorragie ne reparaît pas, suites de couches normales.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles, 16 janvier. Grossesse à terme. Evolution normale de la grossesse jusqu'au septième mois, à cette époque elle est prise brusquement d'une hémorragie abondante, qui cesse par le repos au lit. 15 jours plus tard nouvelle

hémorragie aussi abondante que la précédente. Elle continue à avoir de petits écoulements sanguins, à des intervalles plus ou moins éloignés.

11 *octobre*, 9 *heures du matin*. — Hémorragie brusque, sang fluide et caillots, hémorragie très abondante mais néanmoins ne fait appeler aucun docteur et reste couchée, l'hémorragie s'arrête dans la journée pour reparaître à 5 heures du soir.

12 *octobre*, 2 *h*. 20 *du matin*. — L'hémorragie persistant cette femme est amenée en ambulance à la Maternité.

*Examen général*. — Femme très pâle, muqueuses décolorées, pouls petit incomptable, mise sur un lit, on lui donne aussitôt de l'oxygène en permanence, boules chaudes, linges chauds. Les pansements de cette femme sont relativement peu tachés, au milieu du sang on remarque de gros caillots noirâtres. Des soins antiseptiques lui sont donnés et on l'examine.

*Palper*. — Utérus contracté, partie fœtale très élevée surplombant le détroit supérieur, dos à gauche, membres à droite.

*Auscultation*. — Nulle, pas de bruits du cœur.

*Toucher*. — Col dilatable de 2 francs. On arrive directement sur la masse placentaire, mais craignant de nouvelles hémorragies on n'insiste pas. Mme la Sage-Femme en chef devant le mauvais état général de cette femme fait prévenir M. Porak. Pendant ce temps on fait une injection intra-veineuse de sérum de 1.000 grammes, deux injections d'éther sont faites.

*Examen de M. le Docteur Porak*. — Col dilatable, le placenta répond au centre et est décollé sur presque toute la totalité de son étendue. Il rompt les membranes avec assez de difficultés, une grande quantité de liquide aminotique s'échappe. Il va alors à la recherche d'un pied, l'évolution se fait, le pied abaissé est le pied postérieur. L'orifice insuffisamment dilaté enserre le pied du fœtus. L'utérus est constamment rétracté. De légères tractions sont opérées sur le pied abaissé, les choses restent ainsi pendant 15 minutes environ, puis un léger écoulement sanguin se produit. M. le Docteur Porak va alors à la recherche du pied antérieur, l'abaisse, puis fait des tractions sur les deux pieds très en bas, peu à peu l'orifice se dilate, le siège se dégage, puis le tronc, et les bras qui étaient relevés sur les parties latérales

de la tête sont extraits sans difficultés à l'aide de la manœuvre de Mauriceau Enfant mort, poids 3.420 grammes.

11 *octobre*, 3 *h.* 30 *du matin*. — Le placenta suit immédiatement la sortie de l'enfant, les membranes sont extraites, incomplètes, le cordon présente un nœud à 6 centimètres de l'ombilic.

*Examen des organes génitaux*. — A l'extérieur petite déchirure intéressant la fourchette vulvaire. Le vagin présente une déchirure remontant assez haut Une injection intra-utérine est faite, pas d'écoulement sanguin, la femme est remise dans un lit chaud, boules chaudes, un groog lui est donné. L'accouchée est surveillée, oxygène en permanence est donné, le pouls est plus régulier, mieux frappé. Il existe une déchirure de la partie latérale gauche du col remontant jusqu'au niveau de l'insertion vaginale. Pendant la nuit la malade a été assez agitée. Abdomen douloureux.

*Nuit du* 12 *au* 13. — La malade est agitée. A minuit on lui fait une injection sous-cutanée de sérum et de caféine.

13 *octobre*. — La malade est très tranquille, température 37°8, pouls 148°. A l'interrogatoire on apprend que depuis un mois son mari à l'aide d'un bok et d'une canule en caoutchouc lui faisait chaque jour une injection d'eau bouillie, et cela sans précaution antiseptique, elle ajoute même qu'elle a eu ces derniers temps des écoulements blanchâtres. Abdomen douloureux, glace sur le ventre en permanence. La malade prend un peu de champagne et vomit presque aussitôt un liquide noirâtre.

13 *octobre matin*. — L'accouchée est montée à l'isolement, fétidité des lochies. On lui fait une injection intra-utérine et un badigeonnage à la glycérine créosotée, un drain est mis à demeure dans l'utérus.

Le ventre est ballonné et douloureux à la palpation, de la glace en permanence y est mise. L'accouchée a des vomissements noirâtres puis franchement verts — Constipation.

*Soir*. — Irrigation dans l'utérus, pouls 132, température 38°1.

14 *octobre matin*. — L'accouchée dit avoir passé une nuit assez calme, irrigation dans l'utérus. Le liquide qui s'écoule est toujours très fétide. Du reste le ventre est moins douloureux et moins ballonné.

L'accouchée se sent mieux, dit-elle ; sérum 200 grammes.

7 *heures soir.* — Pouls 124, température 38°6.

Mieux sensible qui décide une intervention, injection intra-utérine, curettage, écouvillonnage tamponnement à l'alcool et eau oxygénée 1/2.

Après cette intervention la respiration jusqu'alors bonne devient précipitée.

*Minuit.* — Le tamponnement est enlevé, injection utérine consécutive, un drain est mis dans l'utérus.

15 *octobre*, 4 *heures du matin.* — Irrigation utérine de 50 litres d'eau stérilisée.

7 *h.* 1/2 *matin.* — Irrigation utérine de 50 litres qui ne peut être achevée, l'accouchée succombe pendant l'intervention 8 *heures du matin.*

**Observation 2.** — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Version par manœuvres internes. — Enfant mort. — Femme morte 1 heure après délivrance (Mauvais état antérieur, lésions de broncho-pneumonie). — N° 807. Primipare, 25 ans, ménagère.

Premières règles à 15 ans régulières.

Depuis l'âge de 21 ans est atteinte de métrite qui lui donne des pertes blanches.

Première grossesse actuelle. Dernières règles 17 juin 1903. Il y a trois semaines environ perte de sang assez abondante. Fait appeler une sage-femme qui lui fait des injections chaudes et lui ordonne le repos.

Le 20 *mars.* — Nouvelle perte peu abondante.

1er *avril.* — A 4 heures du matin nouvelle perte abondante. La sage-femme fait des injections chaudes.

La parturiente continue à perdre du sang. A 3 heures rupture spontanée de la poche des eaux. Un médecin prévenu lui conseille de venir à la Maternité où elle vient vers 9 heures 30 du soir.

*Examen* 9 *h.* 30 *soir.* — Utérus bicorne, la corne gauche est plus développée que la droite, remontant à l'appendice xyphoïde.

Pouls 120. Faciès un peu pâle.

*Palper.* — Rendu impossible, la parturiente ayant de fréquentes contractions.

*Auscultation*. — Bruits du cœur modifiés.

*Toucher*. — Col dilatable comme 2 frans. cOn arrive sur le placenta en contournant l'orifice de tous côtés. En avant le placenta perforé permet l'introduction du doigt et on arrive directement sur la partie fœtale. OEuf ouvert.

La parturiente perd abondamment.

Le placenta est inséré en arrière ce qui rend le pronostic plus grave. Mme la Sage-femme en chef agrandit la déchirure. M. le docteur Porak est prévenu. En raison de la primiparité de cette femme, il hésite à faire la dilatation forcée.

La parturiente ne perd plus.

Pouls petit filiforme, faciès pâle.

Injection hypodermique de caféine, 500 grammes sérum. Champagne.

Oxygène, on élève les membres inférieurs.

*Auscultation*. — On ne perçoit plus de bruits du cœur.

2 *avril*, 1 *heure du matin*. — La parturiente perd à nouveau. Un tamponnement vaginal est fait qui est presqu'aussitôt traversé. L'état général devient mauvais. Pouls extrêmement petit rapide. Soif. Menaces de syncope. Eblouissement.

La dilatation est de 5 francs. Présentation du sommet. M. le docteur Porack pratique la version par manœuvres internes, il saisit le pied droit avec la main et l'amène au dehors à l'aide de la pince de Museux et pose un lacs, il va chercher l'autre pied et l'amène également au dehors. — Il fait des tractions lentes afin que l'orifice utérin se dilate progressivement. Le siège se dégage peu à peu puis le tronc. — Quelques difficultés pour le dégagement des bras.

Perforation du crâne pour amener la réduction de la tête. Le fœtus est relevé fortement sur le plan antérieur de la mère et après maintes difficultés on parvient à la dégager.

Délivrance naturelle spontanée, poids 550 grammes. Placenta perforé en un point.

Injection utérine prolongée à 48°.

Injection hypodermique de sérum, 2 de caféine, 2 d'éther.

L'état de l'accouchée s'aggrave de plus en plus.

Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée. Injection

intra-veineuse de sérum. Injection sous-cutanée d'huile camphrée, d'éther. Compresses chaudes sur la région pré-cordiale.

Elle se couche en chien de fusil, faciès et muqueuses absolument décolorés, yeux vitreux, elle se sent mal, faible.

Mort le 2 avril à 2 heures du matin, 1 heure après la délivrance.

*Autopsie, résultats de* M. Durante. — Femme bien conservée, pâle, mais pas exsangue.

*Cœur* anormal extérieurement.

Pas d'endocardite, muscle non anémié, mais un peu feuille morte.

Sur la surface de l'endocarde du cœur gauche assez larges ecchymoses sous-endocardiques.

*Poumon* fortement coloré et nullement anémié, œdème et congestion diffus avec nombreux ilots, violacés, atélectaties, et quelques foyers grisâtres faisant penser à foyers de broncho-pneumonie.

*Foie* acajou, relativement petit, un peu pâle, mais nullement exsangue

*Reins*. — Couleur normale, nullement exsangue, volume moyen, pas de lésions évidentes.

*Rate*. — Volume moyen, très molle et très diffluente avec à l'intérieur taches ecchymotiques.

*Péritoine* normal.

*Utérus* non revenu sur lui-même. Les muscles et les annexes sont sains.

Après ouverture, col mince mais pas déchiré, pas de sang, ni de débris dans cavité utérine bien détergée. Insertion placentaire sur face postérieure, sur large surface depuis orifice du col jusqu'à orifice des trompes.

Au premier abord on ne trouve pas la source de l'hémorragie. En regardant de bien près, on finit par apercevoir une infinité d'orifices dont le diamètre varie d'un grain de milet à un gros pois, à bords nets qui communiquent à plein canal avec les sinus profonds. C'est par ces orifices largement béants qu'a dû se faire l'hémorragie, au niveau d'un de ces orifices il existe encore un peu de fibrine pâle.

En résumé. Hémorragie probablement en nappe d'une faible pression par les orifices largement béants des sinus.

L'hémorragie n'a pas été la cause seule de la mort car elle fut relativement peu abondante.

Elle était elle-même sous la dépendance d'un état infectieux (grippe) qui avait déterminé soit l'incoagulabilité du sang, soit une parésie du muscle qui a empêché l'utérus de se contracter.

**Observation 3.** — Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Enfant mort. Mort par infection puerpérale. — N° 1806. Multipare, 36 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein maternel, a fait ses premiers pas à 1 an, eut la rougeole à 3 ans.

Premières règles à 14 ans, régulières, très douloureuses, peu abondantes, à 19 ans eut des rhumatismes articulaires. Depuis l'âge de 20 ans jusqu'à 30 ans souffre de coliques hépatiques pour lesquelles elle est mise au régime lacté.

Première grossesse à 25 ans terminée à 7 mois par la naissance d'un enfant mort, elle attribue son accouchement prématuré à une chute, suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 27 ans terminée à 6 mois 1/2 par la naissance d'un enfant mort. Délivrance artificielle faite chez elle pour adhérence anormale, suites de couches normales.

Troisième grossesse 29 ans terminée à terme, enfant mort, se présentant par le siège, suites de couches normales.

Quatrième grossesse, 31 ans. Avortement de 6 semaines, pertes de sang et de caillots. Des injections lui sont recommandées, suites de couches normales.

Cinquième grossesse, 34 ans. Avortement gémellaire de 3 mois, le docteur lui dit qu'il y a eu une hémorragie rétro-placentaire cause d'avortement, suites de couches normales.

Sixième grossesse actuelle. 36 ans. Dernières règles 11 novembre, n'a jamais été malade, consulte au mois de juin, albumine dans les urines, régime lacté. Vient consulter le 27 juillet, est admise salle Désormeaux, pour albuminurie.

*Examen.* — Femme de taille moyenne. Œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Utérus développé comme pour une grossesse du terme de 8 mois.

*Palper.* — Sommet mobile à gauche.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons à gauche au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Col ramolli dans toute son étendue perméable, membranes intactes.

10 *heures soir*, 30 *juillet.* — Rupture spontanée de la poche des eaux.

6 *h.* 1/2 *matin,* 31 *juillet.* — Tête dans la fosse iliaque droite, siège dans la corne utérine gauche. Bruits du cœur bons.

*Toucher.* — Col en voie d'effacement, orifice interne dilatable comme 2 francs, membranes rompues, on arrive à droite sur une masse molle qui est le placenta, l'excavation est vide. En introduisant la main dans le vagin on arrive sur le gril costal, à bout de doigt et sur un petit membre.

M. Macé décide d'attendre une dilatation plus avancée pour intervenir.

9 *heures soir.* — Tête dans le flanc gauche, dos en avant, siège dans la fosse iliaque droite. Donc présentation de l'épaule droite. Dos antérieur.

Les contractions commencent, le travail progresse sensiblement ; mais hémorragie apparaît qui oblige à une intervention immédiate. La version est faite avec quelques difficultés à cause de la poche des eaux rompues depuis plus de 2 jours. Enfant mort.

Délivrance artificielle, hémorragie à la suite qui oblige à un tamponnement à la gaze iodoformée.

Etat général de la femme est assez bon ; on fait malgré tout injection de sérum.

L'examen des organes génitaux montre une déchirure voginale au niveau du cul-de-sac postérieur, intéressant légèrement le col.

Les jours suivants ascension de température, pouls rapide, lochies fétides. La parturiente est de plus en plus faible ; on fait des injections intra-utérines ; un écouvillonnage, l'état s'aggrave et malgré tous les soins la femme meurt le 7 août, c'est-à-dire 6 jours après l'accouchement, d'infection puerpérale.

*Autopsie.* — Infection puerpérale. Péritonite. Rupture vagino-utérine. Autopsie 20 heures seulement après la mort.

Cadavre en putréfaction, face et cuisses verdâtres, phlyctènes du dos, fétidité extrême.

*Poumons.* — Sains, aux deux sommets traces d'anciens tubercules

Dans chaque plèvre, environ 1/2 litre de liquide séro-sanguinolent. Aucune adhérence pleurale ni pulmonaire.

*Cœur.* — Sain, myocarde un peu pâle, putréfaction marquée.

*Rate.* — Grise diffluente, putride, de poids normal.

*Reins.* — Pâles, se décortiquant bien, un peu de putréfaction, même couleur dans deux substances, un peu d'épaississement de la couche corticale, néphrite infectieuse sur néphrite ancienne.

*Foie.* — Volume normal pour foie de femme enceinte, pas d'hémorragie ni de piqueté sous capsulaire, mou, très gros, mais déjà putréfié, ce qui empêche même macroscopiquement de différentier les lésions dont il est sûrement atteint.

*Abdomen.* — Pas de réaction intestinale Dans les parties latérales un peu de liquide louche purulent, les anses voisines du détroit supérieure sont accolés par quelques fausses membranes, récentes, fibrineuses. Pas d'adhérences anciennes.

*Annexex.* — Sains.

*Utérus.* — Remplit exactement le petit bassin, mou et diffluent. Deux petits fibromes, sous-péritonéaux de la grosseur d'une noisette, la face postérieure de l'utérus est accolée à la face antérieure du sacrum mais surtout dans la partie supérieure de cette face postérieure. Adhérences en grand nombre se rompant sans effort à gauche au niveau des vaisseaux obturateurs, légère suffusion sanguine. Pus assez considérable dans le petit bassin.

Ablation en bloc de l'utérus, vessie, rectum et vagin. Section médiane antéro-postérieure.

Utérus, cavité remplie de sanie grisâtre, purulente, infecte avec de nombreux débris, vessie intacte.

Au niveau du cul de sac postérieur, d'un cul de sac latéral à l'autre, déchirure baillante de 3 centimètres au moins de large sur 3 et 4 centimètres de hauteur. A travers cette déchirure on entrevoit l'ampoule rectale et les adhérences qui remplissent le cul de sac.

*Vagin.* - Contenant des débris purulents.

**Observation 4.** — Insertion centrale du placenta. Version mixte. Hémorragie de la grossesse, du travail et de la délivrance. Déchirure cervicale. Femme morte. N° 2556. Multipare. 26 ans. Giletière.

*Antécédents héréditaires.* — Parents vivants bien portants.

*Antécédents personnels.* — A fait ses premiers pas vers 10 mois, n'a jamais cessé depuis, a eu la rougeole à 2 ou 3 ans.

Premières règles à 11 ans, régulières peu, abondantes, quelquesfois douloureuses, durée de 3 à 4 jours, n'ont jamais cessé depuis.

Première grossesse à 22 ans en 1902, avortement de 3 mois fait chez elle, suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1903, terminée à terme par la naissance d'une fille vivante actuellement bien portante, accouchée à la Pitié, suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. — Dernières règles 4 avril. — A 4 mois de grossesse elle va consulter à Baudelocque parce qu'elle trouvait son abdomen plus développé qu'à sa grossesse précédente, elle craignait une grossesse gémellaire, on lui dit que sa grossesse évoluait normalement et qu'il n'y avait qu'un fœtus. elle va consulter de nouveau toujours à Baudelocque où on lui dit que tout allait bien.

On ne constate pas d'albumine dans les urines.

Le 25 *novembre,* nouvelle consultation, tout va bien.

2 *décembre* 1905. — A 10 heures du soir, en rentrant chez elle, la parturiente éprouve une grande frayeur ; à ce moment elle est prise d'un tremblement nerveux, elle a l'impression que quelque chose se détache dans son ventre, elle se sent mouillée, regarde son linge et constate que c'est du sang, au dire de la parturiente, elle aurait perdu abondamment. Le mari de la parturiente va à un poste de secours, ramène une sage-femme qui l'examine, lui dit qu'il n'y avait aucune partie fœtale d'engagée, que c'était une hémorragie, qu'il fallait la conduire à l'hôpital, où elle arrive en ambulance à 3 heures du matin.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne, ne présentant rien d'anormal du côté du squelette, seins et mamelons bien conformés. Le faciès de la parturiente n'est pas celui d'une hémorragique, elle est rosée, ne paraît pas affaiblie, son pouls est bon (100).

*Examen obstétrical.* — Utérus plus développé dans le sens transversal elle est au terme de 8 mois environ.

*Palper.* — Fœtus très mobile, on sent la tête qui tend à fuir dans la fosse iliaque gauche, le dos en avant, le siège à droite. On fait la version par manœuvres externes et on ramène le siège en bas.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons perçus avant la version tout près du pubis, après on les perçoit au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* - Col élevé, dévié à gauche, on l'atteint difficilement et à bout de doigt l'orifice externe est ouvert, l'orifice interne fermé, depuis son entrée à la Maternité la parturiente n'a pas perdu de sang. Le fait d'avoir perdu du sang, la déviation du col, fait penser à une insertion basse du placenta, c'est pour cette raison qu'on a ramené le siège en bas, au cas où une nouvelle hémorragie se produirait. Un bandage avec deux tampons est mis pour maintenir la partie fœtale.

11 *h.* 50 *matin.* - M. le docteur Porack examine la parturiente, la fait mettre en travers du lit et fait le diagnostic d'insertion centrale, il décolle le placenta sur une grande étendue.

2 *heures soir.* — La parturiente perd une quantité de sang évaluée à 500 grammes, un tamponnement cervico-vaginal est fait à la gaze iodoformée.

4 *heures soir.* — Le tamponnement est traversé. M. le docteur Porack est prévenu, le tamponnement est enlevé. M. le docteur Porack introduisit sa main dans l'utérus pour aller à la recherche des membranes afin de les rompre, impossible de les atteindre, il trouve le placenta partout, il se décide alors de le traverser, il s'écoule à ce moment une assez grande quantité de liquide, abaisse un pied, le siège fait tampon, l'hémorragie s'arrête.

Les contractions reviennent toutes les dix minutes puis toutes les cinq et sont très violentes.

5 *h.* 1/2 *soir.* La parturiente fait des efforts et le siège se dégage aussitôt. L'extraction de la tête présente quelque difficulté à cause d'une légère rétraction du col, on y parvient toutefois.

Pendant la sortie du tronc il s'échappe de petits flots de sang et également une assez notable quantité après le fœtus. En même temps que l'épaule se dégage une partie du placenta se présente et est bientôt expulsée.

Garçon mort, poids 2.450 grammes.

A l'examen des organes génitaux, Mme la Sage-femme en chef constate une déchirure siégeant à la partie postérieure du col et remontant jusqu'au segment inférieur. La délivrance se fait aussitôt. Elle est incomplète du poids de 330 grammes.

Mme la Sage-femme en chef fait une injection intra-utérine, à ce moment l'accouchée est prise d'une violente hémorragie : à deux fois un tamponnement à la gaze iodoformée est fait dans l'utérus et le sang continue à s'écouler, chaque fois le tamponnement est enlevé et à nouveau une injection intra-utérine est faite. L'hémorragie est moins abondante et finit par cesser. Pendant ce laps de temps deux injections d'ergotines sont faites, l'accouchée est remise dans son lit, un tamponnement est appliqué, linges chauds, boules chaudes, champagne, injections de caféïne et de 800 grammes de sérum.

L'utérus est bien rétracté par instant, l'accouchée se plaint d'étouffements, l'oxygène est donné en permanence.

8 *h.* 1/2 *soir*. — L'accouchée perd à nouveau abondamment. Mme la Sage-femme en chef fait faire une injection sous-cutanée de caféïne et d'huile camphrée et une injection intra-veineuse de 1.500 grammes de sérum. Le pouls est tour à tour régulier, lent, imperceptible, l'utérus est rétracté, l'accouchée ne perd plus.

Elle est observée attentivement et son état reste à peu près stationnaire jusque vers 10 heures du soir à ce moment elle vomit fréquemment et dit avoir froid. On lui renouvelle le linge chaud, boules chaudes. On lui donne du champagne à boire, elle est très altérée. Elle a de la difficulté à respirer, oxygène en permanence.

3 *décembre*, 3 *heures du matin*. — La malade commence à avoir des menaces de syncope, nouvelles injections de caféïne, injection de sérum de 120 grammes qui est renouvelée une heure après.

L'accouchée manque d'air. Les menaces de syncope continuent, la respiration est fréquente; l'accouchée a du délire, on fait une injection d'éther.

5 *heures moins* 1/4. — Malgré tout la malade succombe.

**Observation 5.** — Hémorragies de grossesse et du travail. Version par manœuvres mixtes. Abaissement des deux pieds. Femme morte 6 heures après l'accouchement. Rupture cervico-segmentaire. — N° 225, multipare, ménagère.

*Antécédents héréditaires*. — Père mort de paralysie, mère vivante actuellement bien portante.

*Antécédents personnels*. — Elevée au sein maternel, premiers pas à 12 mois, aucune maladie pendant son enfance.

Premières règles à 14 ans, régulières, abondantes, indolores.

Première grossesse en 1885, garçon vivant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1888, fille vivante. Suites de couches normales.

Troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième enfants vivants. Suite de couches normales.

Neuvième grossesse actuelle. Dernières règles 16 mai. Vomissements, céphalées pendant les deux premiers mois. 22 décembre hémorragie dont elle ne s'inquiète pas.

27 *janvier* 1906. — Nouvelle hémorragie d'un bol environ, ressentant des douleurs dans le bas-ventre elle vient à la Maternité où on fait le diagnostic d'insertion vicieuse. Elle est conduite en brancard salle de travail.

27 *janvier*, 2 *h.* 30 *soir.* — Etat général bon, pouls bien frappé. Température 37°. Hauteur de l'utérus 30 centimètres, se contractant rarement. Varices de la paroi abdominales et des organes génitaux. Tête mobile. Dos à droite, membres à gauche.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons à droite et en avant.

*Toucher.* — Suintement sanguin externe peu abondant, caillots dans le vagin, col dévié en avant ayant toute sa longueur, orifice interne dilatable. La partie fœtale est élevée, séparée des doigts par une membrane s'appliquant sur elle sans interposition de liquide. Au pourtour de l'orifice décollement au niveau duquel existent des caillots. Pas de toucher très étendu pour ne pas détacher les caillots.

3 *heures.* - Mme la Sage-femme en chef tente vainement de faire la version par manœuvres externes. La malade n'accuse pas de contractions utérines mais quelques douleurs lombaires.

*De* 2 *heures à* 7 *heures soir.* — La parturiente ne perd pas, elle n'a pas de contractions utérines douloureuses.

8 *heures soir.* — Apparition de contractions utérines douloureuses mais très espacées.

*Examen de Mme la Sage-femme en chef.* — Col dilatable de 1 franc résistant à l'orifice interne, l'amnios seul recouvre la partie fœtale. Rupture artificielle et large des membranes. Le placenta

répond à l'orifice interne, il y a des caillots. Remise dans son lit la parturiente continue à perdre puis les caillots restent adhérents et l'hémorragie s'arrête. Les bruits du cœur sont à ce moment très modifiés. L'utérus est dévié un peu à droite, on fait coucher la parturiente à gauche. Le pouls est bien frappé.

*De 3 heures à minuit.* — Les contractions utérines continuent à être régulières. L'écoulement sanguin se fait extérieurement. La malade transpire abondamment.

*1 heure matin.* — M. le docteur Porack examine la parturiente. Caillots dans le vagin et le col qui est largement dilatable, il repousse très facilement la tête mais à ce moment il se fait un écoulement sanguin assez abondant. Il se décide à aller à la recherche du pied. Un lacs est posé sur le pied antérieur, abaissement du pied postérieur. Le siège appuyant sur l'orifice active la dilatation. Bruits du cœur mal frappés, nets, irréguliers, dix minutes après les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Dans les heures qui suivent l'intervention la malade se plaint d'une fatigue extrême, transpire abondamment, se couche en chien de fusil. L'utérus est retracté, contracturé, très sensible au toucher. Le palper ne fournit aucun renseignement. Il se fait continuellement un petit écoulement sanguin néanmoins le pouls est bon.

*5 heures du matin.* — Agitation extrême causée par les contractions douloureuses et la faiblesse, moins bien frappé le pouls s'accélère, faciès très pâle, dyspnée, état syncopal, écoulement sanguin externe plus abondant.

Tension continuelle sur les lacs pendant une heure environ néanmoins l'écoulement sanguin persiste, les pieds s'abaissent à chaque contraction. Il existe dans le vagin de nombreux caillots, les cuisses sont en grande partie engagées, le siège se dégage ainsi que le tronc et la tête à 6 heures 15. Aucun battement au cœur et au cordon. L'enfant est cyanosé, pas rigide, sexe masculin, poids 2.720 grammes.

Après la sortie de l'enfant expulsion de nombreux caillots.

Délivrance par méthode mixte faite aussitôt, poids 500 grammes, insertion raquette du cordon.

Membranes complètes déchirées parallèlement au bord placentaire sur une étendue de 20 centimètres environ.

7 *heures.* — La malade se trouve mieux, le faciès est toujours altéré, le globe utérin est bien rétracté, la malade perd peu.

7 *heures* 1/2. — La malade se couche en chien de fusil, elle a de la dyspnée et veut se lever, le pouls est filiforme, le faciès très altéré. Injection sous-cutanée, 500 grammes sérum.

L'état est très inquiétant. La malade a des éblouissements avec menace de syncope. Injection d'ergotine et de caféine. Oxygène en permanence, pouls meilleur, 250 grammes sérum. Injection hypodermique d'huile camphrée.

L'état général s'améliore un peu, la malade est transportée dans une chambre d'isolement. Boules chaudes, flanelles sur la poitrine, oxygène. Champagne glacé. De temps en temps accès de dyspnée.

L'utérus est bien rétracté et aucun écoulement ne se fait au dehors des organes génitaux.

La malade semble se remonter.

Dans la matinée elle a de nombreux accès de dyspnée. Le pouls est petit.

10 *heures matin.* — Malgré les soins dont on l'entoure, les accès de dyspnée sont prolongés, l'agitation est devenue extrême. Mme la Sage-femme en chef fait donner de l'oxygène. Injection de caféine, éther, compresses chaudes et sinapisme sur la région cardiaque. La dyspnée s'accentuant on prévient M. l'interne qui ne constate rien de particulier. Les membres inférieurs sont liés avec bande d'Esmarck, la respiration artificielle est tentée mais la malade s'éteint lentement à midi 30.

*Autopsie. — Cœur.* — Un peu d'épaississement de la mitrale. Autres orifices sains.

*Poumon.* — Quelques anciennes cicatrices de tuberculose pleurale, anthracose, emphysème.

*Foie.* — Normal, sur le bord antérieur et paraissant sur les deux faces, angiome volumineux comme une noix, de couleur violet foncé ne présentant aucune saillie.

Sur la coupe s'enfonçant comme une grosse truffe dans le parenchyme.

*Reins.* — Normaux.

*Utérus.* — Parois blanchâtres assez dures, rupture sur tout le pourtour du col et surtout au niveau du bord gauche prenant sur le vagin. Ligament large à gauche, rempli de caillots, ecchymose formidables ayant décollé le péritoine pariétal et remontant jusqu'à l'atmosphère périnéale.

**Observation 6.** Rupture prématurée des membranes. Hémorragies du travail. Enfant, mort. Version par manœuvres internes. Hémorragie de délivrance. Mort (Etat général très mauvais à l'arrivée à l'hôpital). — N° 2337. Multipare, 34 ans, couturière.

15 grossesses antérieures dont dix terminées à terme et cinq avortements.

Le dernier accouchement se fit en septembre 1903.

On note à ses derniers accouchements des hémorragies au moment du travail.

Seizième grossesse actuelle, évolue normalement jusqu'à ce dernier mois.

Le 3 *octobre à midi*, elle commence à perdre de l'eau et continue dans le cours de la journée.

Le 6 *octobre à 5 heures du matin*, sans cause connue et sans douleurs, elle constate qu'elle perd du sang en abondance.

Un docteur et une sage-femme appelés ordonnent le transport immédiat de la malade à la Maternité.

Elle arrive en ambulance à 9 heures du matin et elle est admise de suite à la salle de travail.

*Examen* — Femme dans un mauvais état général, faciès pâle, pouls rapide.

Refroidissement des membres. Œdème de la paroi abdominale.

Utérus développé comme pour une grossesse à terme.

Sommet mobile. Dos à gauche et en avant.

*Toucher.* Ecoulement sanguin très abondant au niveau des organes génitaux.

Pratiquant le toucher on trouve un col dilatable comme 2 francs, on arrive en avant sur l'insertion du placenta en partie décollé.

Les membranes sont rompues et à la partie postérieure on arrive directement sur une tête mobile.

L'utérus antéversé est redressé afin que la partie fœtale vienne

appuyer au niveau de l'orifice utérin, comprimer le placenta et faire ainsi cesser l'hémorragie.

500 grammes sérum. Injection sous cutanée. Pouls dépressible à 140.

Mauvais état général. Menaces de syncope. Caféïne. L'écoulement sanguin cesse pour reprendre vers 10 heures.

A chaque contraction toutes les 10 minutes, un léger flot de sang s'échappe.

Le total évalué à 200 grammes environ.

M. le docteur Porak arrive aussitôt.

10 *heures*. — Dilatation comme une petite paume de main. M. Porak introduit la main dans les organes génitaux et va à la recherche d'un pied et l'amène au dehors.

C'est le pied postérieur qui à l'aide de tractions et quelques mouvements de rotation est transformé en pied antérieur.

L'évolution a été relativement facile, le siège vient appuyer directement sur l'orifice utérin et faire tampon.

L'hémorragie cesse, les contractions cessent.

On fait une injection intra-veineuse de sérum de 1.250 grammes.

Le pouls est toujours irrégulier à 110. Dyspnée, r. 42.

La malade accuse du ténesme rectal, elle est examinée.

Dilatation complète.

Position obstétricale et extraction normale et sans difficultés d'un enfant du sexe masculin pesant 4.310 grammes né en présence du siège.

Immédiatement après la sortie de l'enfant des caillots noirâtres sont expulsés en assez grande abondance mais qui n'ont pu être recueillis.

Le placenta suit. Poids 550 grammes.

Nouvel écoulement sanguin.

Lavage utérin à 50° qui fait immédiatement cesser l'écoulement.

Pouls petit irrégulier. Menaces de syncopes. Cyanose des extrémités.

1 injection caféïne, 3 ergotine, 1 strichnine.

M. Macé fait un tamponnement intra-utérin à la gaze stérilisée.

5 mèches vaginales sont ensuite introduites.

L'écoulement qui s'était reproduit cesse. Utérus assez dur.

Les membres inférieurs sont élevés. Oxygène en permanence. Café. Grogs. Champagne.

Pouls toujours filiforme, dyspnée intense.

R. 60.

1 *heure du soir*, la femme succombe.

**Observation 7.** — Grossesse de 7 mois. Hémorragies abondantes de la grossesse et du travail. Version par manœuvres internes. Accouchement rapide et forcé. — N° 1.613. — Multipare, 34 ans, ménagère.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein, a marché à 15 mois, n'a jamais cessé, a eu des crises d'épilepsie de 7 ans à 12 ans.

Premières règles à 12 ans, régulières, non douloureuses.

Première grossesse en 1899 terminée au terme de 6 mois, d'un enfant mort environ 8 jours avant l'accouchement. Cause : chute qu'elle aurait faite, suites de couches normales.

Deuxième grossesse terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant, suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1901 terminée à terme, enfant vivant bien portant actuellement. Suites de couches normales.

Depuis cette grossesse règles abondantes avec caillots.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles 1er novembre, dans le cours de sa grossesse a été constamment malade, a eu des nausées, des vomissements.

Le 8 juillet ayant une petite hémorragie fait appeler une sage-femme qui lui ordonne le repos, continuant à perdre et les membranes s'étant rompues elle lui fait un tamponnement qui arrête l'hémorragie, reste auprès d'elle toute la nuit.

L'écoulement sanguin reprend à nouveau, la sage-femme envoie la parturiente à la Maternité.

*Arrivée* 5 *heures soir.* — Femme pâle, mauvais état général, pouls 120, température 37.

*Examen.* — Utérus remontant à un travers de doigt au dessus de l'ombilic, sommet en d. p.

Les bruits du cœur sont perçus mais isochrones au pouls de la mère.

*Toucher.* — Col incomplètement effacé dilaté comme 2 francs, membranes rompues ; à droite et en avant, on arrive sur la masse placentaire, à gauche et en arrière on arrive sur la fontanelle postérieure.

Vers 6 h. 45 hémorragie assez abondante, tamponnement intra-cervical et vaginal.

L'état de la parturiente s'aggrave, menaces fréquentes de syncopes, 1.000 grammes sérum, l'état de la parturiente, après l'injection de sérum, s'améliore.

M. Macé prévenu arrive à 8 heures. La femme est endormie à l'éther, le tamponnement est enlevé, l'orifice est plus souple et dilaté comme petite paume de main, on pratique la version. On arrive avec assez de peine au niveau des pieds, on en saisit un pendant qu'on aide à l'évolution du fœtus par de manœuvres externes, le pied est abaissé, le siège appuie fortement et comprime le placenta, l'hémorragie s'arrête. De demi-heure en demi-heure on tire sur le pied. A 9 h. 35 le siège se dégage, un peu de difficulté pour la tête, écoulement sanguin insignifiant.

*Enfant mort.* — Délivrance naturelle. L'utérus se rétracte bien. Injection utérine chaude, injection ergotine. La malade est enveloppée dans du linge chaud et traitée au point de vue général. Suites de couches normales.

**Observation 8.** — Hémorragies du travail. Grossesse de 6 mois 1/2. — Présentation de l'épaule. Version. — N° 7772. — 31 ans, ménagère. Multipare.

*Antécédents personnels.* — Rien à signaler dans ses antécédents. Premières règles à 17 ans, régulières, de 4 à 5 jours, peu abondantes non douloureuses.

Première grossesse à 25 ans : terminée à terme par la naissance d'une fille vivante ; morte à 4 ans d'une méningite. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 29 ans. A terme fille vivante, morte à 15 jours, cause inconnue. Suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. — Dernières règles 22 novembre, ce qui la ferait enceinte de 5 mois 1/2. N'a jamais consulté pendant sa grossesse.

Le 15 mai à 11 heures du soir la parturiente ressent quelques douleurs et un écoulement sanguin se produit, depuis dit avoir perdu beaucoup dans la journée, enfin elle fit venir un docteur et une sage-femme lesquels ordonnèrent de l'amener à la Maternité.

15 *mai, 4 heures soir.* — *Examen.* — Utérus développé pour 6 mois environ. — Dilatatation de 5 francs, membranes rompues, on arrive à droite sur le gril costal, à gauche sur le bord placentaire. — Plus de bruits du cœur.

Introduction de la main dans le vagin, 2 doigts dans l'utérus, on remonte sur les parties latérales jusqu'au niveau de la corne gauche où on saisit un pied, celui-ci est amené bientôt à la vulve.

Lavage rectal. Les contractions surviennent régulières et le siège est expulsé sans difficultés. — Tête retenue par l'orifice utérin. — Au bout de quelques minutes la contracture cède la tête est expulsée ainsi que le placenta. — Il est déchiqueté.

Un examen de la cavité utérine permet d'enlever 2 cotylédons. Injection intra-utérie. Suites de couches normales.

**Observation 9.** — Hémorragie de la grossesse et du travail. Rupture artificielle des membranes. Version podalique par manœuvres internes. Accouchement spontané. Enfant mort. — N° 1584. Multipare, ménagère, 32 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Rien de particulier à signaler.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein, a marché à 18 mois, vers 6 mois eut la coqueluche, à 5 ans la rougeole.

Premières règles à 18 ans 1/2 irrégulières, durée 7 jours, indolores, abondantes.

Première grossesse à 22 ans, terminée à terme, enfant vivant actuellement bien portant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 25 ans, terminée à terme, enfant vivant, mort à 6 mois de rougeole. Suites de couches normales.

Troisième grossesse à 28 ans, terminée à terme, enfant vivant, mort à 15 mois d'une broncho-pneumonie Suites de couches normales.

Quatrième grossesse à 29 ans à terme, enfant vivant mort à 24 jours d'une congestion occasionnée par le froid. Suites de couches pathologiques. Péritonite.

Cinquième grossesse. Avortement terme de trois mois. Suites de couches normales ; après cet avortement par suite d'une hémorragie abondante, cette femme reste anémiée et faible pendant trois mois.

Sixième grossesse actuelle. Dernières règles 1er novembre 1903, évolution normale de la grossesse jusqu'au 7e mois, époque à

laquelle elle eut une perte de sang peu abondante, à cet effet vient consulter à la Maternité. De l'albumine est constatée à l'examen des urines, le régime lacté est ordonné, suivi pendant trois semaines.

Le 7 juillet 1904 vers 9 heures a une hémorragie abondante et quelques contractions peu douloureuses.

A 6 heures du soir, ayant des contractions un peu plus douloureuses, vient à la Maternité où elle est admise salle de travail.

Examen obstétrical 7 heures du soir, utérus développé comme pour 8 mois.

*Palper.* — Sommet mobile, dos à gauche, bruits du cœur bons, au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Col ouvert sur toute son étendue, placenta inséré à droite et en avant et passant au-dessus de l'orifice utérin ; à gauche et en arrière on arrive mais assez difficilement sur les membranes qui sont épaisses et très rugueuses.

Ecoulement sanguin très abondant.

Rupture artificielle des membranes. Pouls 120.

8 *h.* 15. — Anesthésie à l'éther.

M. Macé dilate peu à peu le col de façon à pouvoir introduire la main, saisit un pied, situé dans la partie gauche et au fond de l'utérus, l'attire au dehors. Il s'assure ensuite que l'évolution est faite et laisse l'accouchement se terminer seul.

Pendant la durée de l'intervention, le pouls est bon quoique rapide.

9 *heures du soir.* — Femme très anémiée, faciès terreux ; on tente une injection de sérum intra-veineuse sans succès. Autre injection sous-cutanée de 500 grammes.

Contractions peu fréquentes. De temps en temps quelques tractions sont exercées sur le membre inférieur dans le but de l'appliquer directement sur l'orifice utérin pour le dilater et en même temps comprimer le placenta pour éviter l'hémorragie.

2 *h.* 10. — Dilatation complète et bientôt expulsion d'un enfant mort, poids 2.900 grammes, sexe féminin.

2 *h.* 15. — Délivrance naturelle et complète, face utérine déchiquetée. Poids 720 grammes.

Injection utérine à 48°, deux injections d'ergotine, quelques caillots

se sont écoulés pendant la délivrance, pas d'hémorragie. Utérus rétracté.

Etat général relativement bon. Suites de couches normales.

**Observation 19.** — Hémorragie de grossesse et du travail. Rupture artificielle et version par manœuvres internes. Enfant né en état de mort apparente, mort 2 heures après. — 2762. Secondipare 22 ans, employée de commerce.

Rien à signaler des antécédents.

Premières règles à 15 ans abondantes, douloureuses, régulières pendant 8 jours, constate quelquefois des caillots.

Première grossesse en 1903. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse. Dernières règles. 21 mars 1904. A terme. N'a pas consulté pendant sa grossesse, n'a jamais été souffrante.

21 *novembre* 1904. — Dans la nuit, douleurs dans les reins, elle perd du sang mais elle ne consulte pas.

24 *novembre*. — Deuxième perte de sang.

25 *novembre*. — Ressentant des douleurs elle fait venir une sage-femme laquelle constatant une insertion vicieuse l'envoie à la Maternité

*Examen général* — Faciès pâle, pouls petit : 144.

*Palper*. — Utérus normalement développé, sommet mobile en gauche.

*Auscultation*. — Bruits du cœur bons.

*Toucher*. — Col souple dilaté, comme 2 francs on arrive directement à droite et en avant sur le placenta. Membranes rugueuses et résistantes. La tête tend à fuir dans la fosse iliaque.

Les membranes sont *rompues artificiellement*. La tête est maintenue à l'aide de tampons.

La parturiente continuant à perdre, M. le docteur Porak prévenu introduit la main dans la cavité utérine et saisit le pied antérieur sur lequel il exerce des tractions très en arrière. Le siège apparaît à la vulve et se dégage lentement.

25 *novembre* 1905, 6 *h.* 45 *soir*. — L'enfant naît en état de mort apparente. Il est vite ranimé. Délivrance naturelle et complète, poids 450 grammes.

Injection intra-utérine prolongée. Enfant mort 2 heures après accouchement.

Curage digital à l'isolement. Injections intra-utérines jusqu'au 2 décembre, le pouls redevenant normal.

Légère infection qui s'atténue peu à peu.

**Observation 11.** - Hémorragie du travail. Version par manœuvres interne. Enfant vivant. — N° 2809. 25 ans, secondipare, couturière.

A 21 ans première grossesse terminée à terme, enfant vivant. Suites de couches normales.

A 23 ans grossesse actuelle normale jusqu'au huitième mois.

Première hémorragie au moment des premières douleurs. Rupture spontanée des membranes qui n'arrête pas l'hémorragie.

Présentation du sommet, mais assez éloigné. Sensation du placenta inséré à la partie postérieure et droite de l'orifice du col. — Orifice dilaté comme 5 francs mais souple.

Devant la persistance d'hémorragie abondante, on fait version par manœuvres internes après dilatation manuelle. — Extraction d'un enfant en état de mort apparente mais vite ranimé.

Délivrance naturelle, mais membranes incomplètes. Placenta de 500 grammes, petit côté aux membranes.

Enfant vivant à la sortie.

Suites de couches normales.

**Observation 12.** — Insertion vicieuse du placenta. Version par manœuvres internes. Abaissement d'un pied. — N° 2809. 25 ans, couturière.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Elevée au biberon, a marché à 23 mois, n'a jamais cessé depuis. A eu la rougeole, la scarlatine à 6 ans, la diphtérie à 8 ans.

Premières règles. Régulières à 13 ans, pendant trois jours indolores, peu abondantes, n'expulse jamais de caillots.

Première grossesse à 21 ans terminée à terme. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 23 ans. La grossesse évolue normalement mais elle accuse avoir ressenti au début de vives douleurs dans les

lombes et dans les reins. Elle ne consulte pas jusqu'au 1er novembre, elle vient à la Maternité pour être hospitalisée, elle est admise au dortoir.

L'enfant se présentait par le siège, on fait la version et la partie fœtale est maintenue à l'aide de bandage et de tampons.

Le 2 décembre à 2 heures du matin ressentant des douleurs et ayant perdu un peu de sang, descend salle de travail. Les membranes se rompent à son arrivée et il s'écoule une quantité considérable de liquide. On pratique le toucher, l'excavation est vide. La partie fœtale très élevée est appréciable à bout de doigt. On reconnaît quelques caractères du sommet, une main accompagne cette partie fœtale.

Brusquement la parturiente perd en peu de temps une quantité considérable de sang.

Mme la Sage-femme en chef constate la présence du placenta inséré à la face postérieure et à droite.

Mme la Sage-femme en chef, tâche de pratiquer la version par manœuvres externes, mais les contractions sont très rapprochées et l'évolution difficile à opérer.

La malade perd un peu. L'écoulement se fait goutte à goutte en plus grande quantité pendant les contractions.

Pouls bon bien frappé. Faciès pâle.

La malade est endormie à l'éther. Son pouls est toujours bien frappé, le faciès est pâle.

M. le docteur Porak prie M. Moncany d'aller à la recherche d'un pied et de l'abaisser, cette manœuvre est faite sans difficulté, le pied antérieur est amené au dehors.

Le col est dilatable comme 5 francs, mais les bords de l'orifice sont très souples. M. Moncany fait la dilatation forcée et extrait un enfant né en état de mort apparente, mais vite ranimé.

Après la sortie de l'enfant, l'utérus se rétracte bien, la délivrance est faite par manœuvres mixtes. Le placenta pèse 500 grammes et les membranes sont incomplètes Injection intra-utérine. Pouls 100. Température 37°. Suites de couches normales.

**Observation 13.** Version par manœuvres internes. Dilatation manuelle. Extraction d'un enfant né en état de mort apparente. Ranimé. — N° 188. Multipare, ménagère, 46 ans.

7 grossesses à terme, 2 avortements.

Huitième grossesse actuelle. Dernières règles 27 avril, terme 8 mois.

Douleurs et pertes qui débutent au quatrième mois et à l'époque correspondante à ses règles, perte de liquide teinté pendant 10 jours consécutifs.

Dans le courant du septième mois perte assez abondante.

14 *janvier* 1904. — Hémorragie considérable contenant une assez grande quantité de caillots. Repos absolu et injections prolongées sont prescrits.

21 *janvier*. — Nouvelle hémorragie plus abondante que les précédentes. La Sage femme appelée, conseille transfert à la Maternité, lui faisant prévoir dangers, insertion vicieuse.

22 *janvier*. — Vient consulter à la Maternité. Le diagnostic d'insertion vicieuse étant fait, la femme est conduite salle de travail.

*Examen*. — *Palper*. — Sommet mobile au D. S.

*Auscultation*. — Bruits du cœur bons à gauche.

*Toucher*. — Col dilatable comme 2 francs, on arrive à droite sur le placenta, à gauche sur des membranes épaisses et rugueuses.

M. le docteur Porack prévenu examine la parturiente, il insinue l'extrémité des doigts entre la masse placentaire et les membranes, rompt celles-ci et va à la recherche des pieds. C'est le pied postérieur qui apparaît à la vulve. Des tractions lentes, progressives et continues sont exercées afin de fixer le siège pour qu'il fasse tampon sur le segment inférieur.

M. le docteur Porack fait opérer au fœtus un mouvement de rotation, le pied postérieur est transformé en antérieur.

Mme la Sage-femme en chef fait un peu d'expression, le pied progresse.

M. le docteur Porack fait des tractions, le pied postérieur apparaît assez rapidement. L'extraction du tronc et du sommet n'offrent aucune difficulté. L'enfant naît en état de mort apparente. M. le docteur Porack le ranime assez rapidement à l'aide de bains chauds et froids et à l'aspiration des mucosités. L'enfant est mis en couveuse. Sexe masculin. Poids 3.750 grammes.

Mme la Sage-femme en chef procède immédiatement à la délivrance. Elle examine le col de l'utérus, il présente une déchirure

assez étendue s'élevant au-dessus de l'insertion vaginale. Injection utérine de 12 litres.

Mme la Sage-femme en chef fait un tamponnement intra-utérin à la gaze stérilisée, l'utérus est mis en légère antéflexion. Tamponnement intra-cervical pour comprimer la plaie du col. Pansements vulvaires, bandages en T, les membres inférieurs sont élevés. Injection hypodermique de sérum 1,000 grammes, 2 injections d'ergotine et de caféine, champagne oxygène, en permanence. Pouls 128. Température 37,8.

Suites de couches pathologiques, apparition d'une phlegmative alba dolens qui guérit normalement.

**Observation 14.** — Transformation préalable d'une présentation du sommet en siège. Abaissement d'un pied. Enfant mort. — N° 1035 multipare, 31 ans, concierge.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein jusqu'à 9 mois et ensuite au biberon, ignore l'âge de ses premiers pas, n'a jamais été maladedans son enfance

Premières règles à 14 ans, régulières, durée 3 à 4 jours non douloureuses.

Première grossesse en 1899 terminée spontanément à terme par la naissance d'un garçon vivant, mort à 9 mois d'une bronchite capillaire. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1901, terminée spontanément à terme par la naissance d'un garçon vivant actuellement bien portant. Suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1903 accouchée à terme d'un garçon vivant, mort au bout de trois semaines. Suites de couches normales.

Au mois de mars 1904, elle ressent des douleurs dans le ventre et a des vomissements et de la diarrhée. Elle est soignée à cette époque pour métrite et salpingite nécessitant comme traitement repos au lit, injection chaude et grands bains quotidiens.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles fin juillet 1905 ce qui la fait à terme, n'a pas été souffrante dans le début de sa grossesse.

20 *avril.* — Première hémorragie survenant sans cause appréciable vers deux heures de l'après-midi au moment où elle se disposait à

sortir. L'hémorragie dura environ 1 4 d'heure : la parturiente dit avoir perdu des caillots : elle consulta une voisine qui lui conseilla de garder le lit, ce qu'elle fit pendant quelques jours.

Elle reprit ses occupations ordinaires et environ 8 jours après la première hémorragie, nouvelle perte de sang, plus abondante, survenant à 9 heures du matin, toujours sans cause appréciable. Inquiète elle fit venir un médecin qui ordonna une potion et prescrivit le repos absolu au lit. Elle évalue à un verre ordinaire la quantité de sang perdue.

14 *mai.* — Troisième hémorragie vers 11 heures ; la malade dit avoir auparavant lavé son parquet, elle ne se souvient pas d'avoir fait des efforts. Dès l'apparition du sang elle se mit au lit et environ au bout de 1 heure les pertes de sang cessèrent.

15 *mai.* — Le lendemain elle arrive à la Maternité où on procède à son examen : Le col est toute sa longueur, perméable et dilatable de 2 francs, est situé en avant tout contre la symphise pubienne, et le cul de sac postérieur épais et tendu fait presque penser à l'existence d'une tumeur. D'ailleurs toute la partie inférieure de l'utérus semble très épaissie. Mme la Sage femme en chef fait le diagnostic de placenta praevia, inséré en arrière, et le toucher intra cervical donne la sensation d'une masse tomenteuse et mollasse, qui est certainement le placenta. Aucune tendance à l'engagement, le sommet est au dehors du détroit supérieur, faisant même saillie en avant au dehors du pubis. Bruits du cœur bons à droite. Mme la Sage-femme en chef, devant cette constatation de fœtus mobile et de placenta prævia, fait une version par manœuvres externes et transforme le sommet mobile en siège complet. On place des tampons de chaque côté pour maintenir cette présentation. Aucune nouvelle hémorragie.

Le 16 *mai*, à 10 heures du matin, même état, les bruits du cœur sont bons. Le col a toujours sa longueur normale — orifice externe et interne facilement dilatables et permettant l'introduction de trois doigts. M. Porack, craignant une hémorragie, grave au début du travail, prend la décision de pratiquer l'abaissement prophylactique d'un pied. Il décolle le placenta dans toute la périphérie du col et surtout en avant et à droite où la surface d'insertion placentaire semble être moindre. Il arrive ainsi sur les membranes très résistantes, impossi-

bles à rompre avec le doigt, mais rompues à l'aide d'une pince. L'abaissement du pied ne présente aucune difficulté. Le cordon est en même temps senti et ne présente aucun battement. Dans ces manœuvres une légère hémorragie se produit, pouvant être évaluée à 200 grammes. Le pied abaissé, toute perte sanguine cesse aussitôt. Le travail commence ; les contractions sont régulières, se succédant environ tous les 1/4 d'heures.

Celui-ci continue régulièrement dans l'après-midi ; à 5 heures la dilatation est complète et la période d'expulsion dure à peine 1/4 d'heure. Tout se passe normalement jusqu'à l'issue du tronc. Au moment du dégagement des épaules on constate la sortie du placenta tout entier, les épaules suivent ainsi que la tête enveloppée des membranes. L'examen du col ne fait constater aucune déchirure.

L'utérus revient peu après sur lui-même, une hémorragie légère a lieu, ce qui nécessite une injection chaude intra-utérine, qu'on fait suivre d'un badigeonnage à la glycérine crésotée, et d'un tamponnement citrin.

Etat général parfait.

Examen du placenta : les membranes sont complètes, détachées sur le pourtour du placenta, sur le 1/3 de la périphérie. Le placenta est normal, sauf une apparence noirâtre et congestive au niveau de la partie qui fut décollée artificiellement. Suites de couches normales.

**Observation 15.** — Hémorragie du travail. Présentation de l'épaule. Enfant mort. Version par manœuvres internes. — N° 2231 (1905). 30 ans, ménagère, secondipare.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort tuberculeux, mère bien portante.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein maternel a marché à 15 mois. A 20 ans a eu une bronchite, fut soignée à l'hôpital Lariboisière où elle y resta 6 semaines. De nouveau il y a 4 ans, elle retourna à Lariboisière où elle séjourna 7 semaines au bout de ce temps les médecins l'envoyèrent à la campagne où elle y resta 8 mois.

Premières règles à 19 ans, régulières peu douloureuses abondantes pendant 4 à 5 jours.

Première grossesse à 28 ans, terminée à terme par la naissance

d'une fille vivante actuellement bien portante, suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles le 10 février, ce qui fait la grossesse au terme de 8 mois 1/2. Ne consulte jamais pendant sa grossesse. La parturiente dit en outre n'avoir ressenti aucun malaise durant le cours de sa grossesse.

Le 19 *octobre* ressentant des douleurs et ayant quelques pertes de sang fit venir une Sage-femme qui après avoir rompu la poche des eaux pratique l'examen. Se trouvant en présence d'une insertion vicieuse du placenta et d'une position transversale du fœtus, elle l'envoie à la Maternité où elle est arrivée à 1 h. 30 du matin (en fiacre).

A son arrivée on constate par le palper que la tête est dans le flanc gauche et le siège dans la fosse iliaque droite, le dos en avant; Bruits du cœur bons.

*Au toucher.* — L'excavation est vide, une anse de cordon vient faire saillie à l'orifice vulvaire, elle est animée de battements. Le col est long de 2 centimètres environ, dilatable de 2 francs.

En pénétrant avec 2 doigts dans la cavité utérine, on arrive sur un plan dépressible qu'on reconnaît être le plan antérieur du fœtus.

La parturiente perd assez abondamment. Mme la Sage-femme en chef est prévenue, qui tente à l'aide de manœuvres externes à ramener au D. S. le siège du fœtus, ces tentatives restent infructueuses par suite de la rétraction de l'utérus et des contractions utérines. Cependant après quelques efforts le siège s'incline finalement vers le D. S. en même temps que la tête se loge au fond de l'utérus.

C'est alors qu'on entreprend l'abaissement d'un pied, l'orifice est dilaté comme 2 francs, sans grande souplesse l'introduction de 2 doigts est facile; et assez facilement on opère sur le pied antérieur qu'on réussit à abaisser en travers le col et dans le vagin. Un lacs est posé sur le membre prolabé. On exerce quelques légères tractions pour appliquer parfaitement la cuisse sur le placenta décollé. L'hémorragie s'arrête complètement on laisse l'accouchement livré à lui-même, sous l'influence des contractions utérines la dilatation se complète et bientôt accouchement d'un enfant mort.

La délivrance est naturelle et complète.

Une petite hémorragie se produit, on fait une injection utérine à 45°, suites de couches normales.

**Observation 16**. — Hémorragie du travail. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes – N° 891. Multipare, 36 ans, brocheuse.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de tuberculose.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel, rougeole à 3 ans.

Premières règles à 15 ans, régulières, abondantes, indolores

Première, deuxième, troisième, quatrième grossesses terminées à terme enfants vivants actuellement bien portants, suites de couches normales.

Cinquième grossesse en 1902. Accouchement prématuré terme de 7 mois enfant mort, cause ? Suites de couches normales.

Sixième grossesse en 1902. Accouchement prématuré au terme de 8 mois. Présentation de l'épaule, version par manœuvres internes à la Maternité, enfant ranimé, mort 2 heures après la naissance. Suites de couches normales.

Septième grossesse 1904. Accouchement prématuré au terme de 6 mois, enfant vivant, mort 5 heures après la naissance, suites de couches normales.

Le père des quatre derniers enfants n'est pas le même que celui des quatre premiers.

Huitième grossesse. Dernières règles 21 octobre 1905. N'a jamais été malade pendant sa grossesse, n'a jamais consulté.

Le 24 avril dans la nuit la parturiente perd de l'eau abondamment, presque aussitôt elle perd du sang en assez grande quantité, elle se fait conduire à la Maternité.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne, rien de particulier à signaler du côté squelette. La parturiente est légèrement pâle, les muqueuses ne sont pas décolorées. Elle perd cependant assez abondamment et les linges qui l'entourent sont absolument souillés. Température 36, pouls 124 petit.

*Examen obstétrical.* — Utérus remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic développé transversalement, l'utérus est dur et rétracté.

*Palper.* — Partie fœtale ne peut être délimitée.

25 *avril*, 5 *heures du matin. Toucher.* — Caillots accumulés dans le vagin, excavation vide, col très en arrière, dilaté comme 5 francs, au niveau de l'orifice interne on sent un petit membre et le placenta effleurant l'orifice, écoulement sanguin assez abondant. Il s'agit donc d'une insertion vicieuse du placenta et d'une présentation de l'épaule L'écoulement sanguin s'est arrêté.

25 *avril*, 7 *h.* 1/2 *matin.* — La parturiente a eu quelques contractions et de temps à autre un léger écoulement sanguin.

Pouls bien frappé.

8 *heures matin.* — L'écoulement sanguin continue, la malade perd goutte à goutte, l'orifice permet l'introduction de 4 doigts, au niveau de l'orifice on trouve deux petites parties fœtales, on abaisse un pied et on l'amène au dehors.

La parturiente ne perd plus, le faciès devient meilleur. Pouls bien frappé. De légères tractions sont faites sur le pied pendant les contractions, la malade pousse énergiquement ; au toucher on constate que la dilatation est complète, et l'accouchement se termine sans difficulté. Enfant mort.

9 *h.* 35. — Le placenta est entièrement décollé, extraction méthode mixte.

Injection intra-utérine consécutive, badigeonnage glycérine créosotée, tamponnement gaze iodoforme. Injection d'ergotine.

L'accouchée ne perd pas du tout, bon état général.

*Examen du col.* — A droite une déchirure qui remonte et se termine en pointe au niveau de l'insertion vaginale.

*Examen du placenta.* — Il est étalé blanchâtre sauf au niveau de la partie qui correspondait à l'orifice interne qui est noirâtre et dont les cotylédons sont absolument disociés. Membranes très friables.

**Observation 17.** — Hémorragie de grossesse et du travail. Présentation du siège. Abaissement d'un pied. Enfant mort. — N° 579. Multipare, 34 ans, couturière.

*Antécédents héréditaires.* — Parents vivants et bien portants.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 3 mois ensuite au biberon, a fait ses premiers pas à 11 mois, a eu la coqueluche à 5 mois, la rougeole à 4 ans.

Premières règles à 13 ans 1/2 régulières, peu douloureuses, assez abondantes, durée 4 à 5 jours.

Première grossesse en 1894 terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1896 terminée au terme de 8 mois enfant vivant mal conformé (spina bifida), mort à 2 mois, suites de couches normales.

Troisième, quatrième, cinquième grossesses terminées à terme. Enfants vivants actuellement bien portants. Suites de couches normales.

Sixième grossesse actuelle. Dernières règles, 19 juillet, ce qui fait la grossesse au terme de 8 mois. Vomissements et nausées au début.

Au mois d'août fait un voyage assez long, 10 heures de train, puis un mois après fait une chute dans les escaliers à la suite de laquelle la parturiente éprouve une vive douleur de reins qui persiste pendant un mois environ puis tout rendre dans l'ordre.

Le 10 février 1906, à 9 heures du soir, la parturiente perd du sang brusquement, elle fait appeler une sage-femme laquelle après examen lui conseille le repos, la perte cesse.

Deux jours après l'hémorragie reparaît plus abondante, la parturiente fait demander une sage-femme et un docteur qui lui ordonne le repos absolu au lit et des injections chaudes. Le diagnostic d'insertion vicieuse est fait à cette époque ; l'hémorragie s'arrête durant le mois de février, la parturiente dit avoir eu encore quelques petites pertes insignifiantes.

Le 12 mars elle vient consulter à la Maternité pour savoir si son enfant se présente bien. Mme la Sage femme en chef confirme le diagnostic d'insertion vicieuse, et lui conseille de rester à l'hôpital.

13 *mars*, 1 *heure du matin*. — La parturiente perd du sang en assez grande quantité, le facies est pâle, le pouls reste bon, des injections chaudes lui sont données, l'hémorragie s'arrête. La parturiente ressent quelques petites douleurs de reins.

*Examen général*. — Femme de taille moyenne, squelette normal, seins et mamelons normaux.

*Examen obstétrical*. — Utérus développé comme pour 8 mois.

*Palper*. — Aucune partie fœtale n'est engagée, la tête semble être dans la fosse iliaque gauche, petits membres en avant.

*Auscultation*. — Bruits du cœur ne sont pas perçus.

*Toucher*. — Excavation vide, partie fœtale mobile inaccesible, col long dilatable comme 1 franc, membranes intactes.

De 1 heure à 4 heures du matin les choses restent dans le même état. La malade ne perd plus.

Mais bientôt nouveau suintement sanguin, la parturiente pâlit, le pouls s'accélère.

A ce moment le col en voie d'effacement est dilatable comme 5 fr. Poche des eaux intacte.

En arrière on arrive sur le siège complet mobile au D. S. Les membranes sont rompues artificiellement, le placenta inséré à la partie postéro-latérale gauche de l'utérus est en partie décollé ; la main introduite dans les organes génitaux internes abaisse le pied postérieur l'amène au dehors.

Le siège abaissé fait tampon en exerçant une compression sur le placenta l'écoulement sanguin s'arrête.

L'orifice du col bride le membre inférieur abaissé, le travail est livré à lui-même.

Aussitôt après ces manœuvres l'état de la parturiente nécessite une injection de sérum de 850 grammes, sous cette influence l'état général s'améliore, le pouls bat à 96.

De 4 heures du matin à 6 h. 30 le travail évolue normalement.

A 6 h. 30 l'expulsion fœtale est terminée sans aucun écoulement sanguin.

L'enfant a succombé, sexe féminin, du poids de 2.980 grammes, le placenta se décolle.

La face utérine est déchiquetée.

Exploration de la cavité utérine, extraction de caillots peu nombreux et de quelques débris membraneux.

Grand lavage utérin de 20 litres, le liquide revient assez teinté, tamponnement intra utérin à la gaze iodoformée; tamponnement vaginal.

Injection d'ergotine. Suites de couches normales.

**Observation 18**. — Hémorragie de la grossesse et du travail. Version par manœuvres internes. Enfant vivant. — Année 1905. N° 2005. Multipare. 26 ans journalière.

*Antécédents héréditaires.* — Père vivant, mère morte

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel a fait ses premiers pas à 11 mois, a eu la rougeole vers l'âge de 2 ans.

Premières règles à 14 ans régulières, non douloureuses, durée trois jours.

Première grossesse en 1901 terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant bien portant actuellement, suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1902 terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant élevé au biberon chez une nourrice, mort à 9 mois à la suite d'entérite, suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1904 terminée par un avortement de 2 mois, suites de couches pathologiques, ayant nécessité curettage.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles 18 décembre. Evolution normale. La parturiente est venue consulter à la Maternité, l'enfant étant mal placé on fait une version par manœuvres externes. Cinq jours après elle revient à la consultation, nouvelle version, on lui donne le conseil de porter une ceinture pour soutenir l'abdomen. Le même jour jeudi 14 septembre vers 7 heures du soir la parturiente perd du sang abondamment, à 11 heures du soir elle va à l'hôpital Saint-Louis où elle reste jusqu'à samedi, renvoyée de là puisqu'elle ne perdait plus, elle rentre chez elle.

Dimanche soir vers 8 h. 1/2 nouvelle hémorragie accompagnée de quelques caillots, la parturiente se couche, bientôt l'hémorragie s'arrête. Lundi soir à 11 h. 1/2 rupture de la poche des eaux.

Mardi matin perdant du sang très abondamment elle revient à la Maternité. Son état général est bon. On pratique le toucher, une nouvelle hémorragie se produit.

*Auscultation.* — Les bruits du cœur sont entendus mais pas très nettement. Nouvel examen, peu après on trouve un sommet mobile et une insertion vicieuse du placenta. On prévient M. le Docteur Macé mais brusquement la femme se met à perdre très abondamment. Mlle Hénault introduit alors la main dans la cavité utérine et amène un pied au dehors. M. le docteur Macé trouve l'orifice utérin très dur et exactement appliqué sur la cuisse du fœtus et conseille de laisser l'accouchement livré à lui-même sauf hémorragie nouvelle.

Les contractions surviennent bientôt et une heure après l'accouchement était terminé par la naissance d'un enfant sexe masculin en état de mort apparente, mais facilement ranimé. Poids 4.300 gr.

La femme continuant à perdre on fait la délivrance manuelle suivie d'une injection intra-utérine, tamponnement intra-utérin et injection sous-cutanée d'ergotine.

La délivrance est complète, poids du placenta 500 grammes.

L'état général de l'accouchée est bon.

Température 36°6. Pouls 112.

24 *septembre*. — Suites de couches avec fièvre qui nécessite écouvillonnage.

**Observation 19**. — Hémorragie du travail. Accouchement à 8 mois. Présentation de l'épaule. Abaissement d'un pied. Enfant mort. — N° 2642. Primipare, 21 ans, domestique.

*Antécédents héréditaires*. — Rien à signaler.

*Antécédents personnels*. — A été élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 18 mois, a fait ses premiers pas à 2 ans, n'a jamais été malade pendant son enfance.

Premières règles à 15 ans, régulières, abondantes, durée de 4 à 5 jours.

Première grossesse actuelle Dernières règles 3 avril, ce qui fait la grossesse au terme de 8 mois, il y a 4 mois elle va consulter une sage-femme qui lui dit que sa grossesse évoluait normalement. Il y a 2 jours écoulement d'eau rosée accompagné de quelques douleurs qui se continuent pendant toute la journée. Cette nuit les douleurs réapparaissent et cette fois il s'écoule du sang pur et quelques caillots. Les douleurs persistant elle vient à la Maternité.

*Examen général*. — Femme de taille moyenne, rien à signaler du côté du squelette. Seins et mamelons normaux.

Légères varices du membre inférieur droit.

11 *décembre midi. Examen obstétrical*. — Utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois.

*Palper*. — Fœtus mobile, tête dans la fosse iliaque gauche, siège dans la fosse iliaque droite. Présentation de l'épaule.

*Auscultation 7 heures matin*. — Bruits du cœur faiblement perçus sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Parties molles résistantes, pas d'engagement de la partie fœtale, col est dévié à gauche et très en arrière, segment inférieur n'est pas formé. Col long fermé.

13 *décembre.* — La parturiente perdant du sang est conduite salle de travail.

9 *heures, matin.* — Mme la Sage-femme en chef pratique le toucher et trouve col dilatable comme 2 francs donnant difficilement passage à 2 doigts, elle introduit un doigt puis deux, enfin parvient à abaisser difficilement un pied qui est amené hors de la vulve, et sur lequel on pose un lacs. Une demi-heure après la femme accouche d'un enfant mort du sexe féminin du poids de 2.000 grammes.

Délivrance naturelle. Le placenta est incomplet du poids de 450 grammes, rétention de caduque, qui s'élimine dans les lochies.

Suites de couches normales.

**Observation 20.** — Légère hémorragie du travail, rupture spontanée de la poche des eaux, accouchement spontané. — N° 2558. Lebrun, multipare, 32 ans, ménagère.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Rien à signaler.

Premières règles à 17 ans 1/2, non douloureuses, peu abondantes, pendant huit à dix jours.

Trois grossesses antérieures normales.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles 28 janvier 1904 au 2 février.

16 *octobre* 1904. — Vient consulter à la Maternité. Sa grossesse évolue normalement.

2 *novembre* 1904. — Ressent des douleurs. Vient à la Maternité. Admise salle de travail.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne. Rien du côté du squelette, seins et mamelons bien conformés. Varices des membres inférieurs et des organes génitaux.

*Examen obstétrical.* — Utérus développé comme pour une grossesse normale.

*Palper.* — Sommet engagé, dos à gauche, petits membres à droite.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons.

*Toucher.* — Dilatation d'une paume de main, membranes intactes, fontanelle postérieure à gauche et en avant La suture sagitale est dans le diamètre oblique gauche.

Contractions toutes les cinq minutes. Légère hémorragie qui cesse bientôt avec rupture spontanée de la poche des eaux.

Dilatation complète. La parturiente fait des efforts expulsifs, la tête descend sur le plancher périnéal, opère son mouvement de rotation en quelques contractions, apparaît à la vulve et se dégage bientôt normalement.

Garçon vivant, poids 3.225 grammes.

10 *heures* 1/2. — Le placenta repose dans le vagin. Extraction par méthode mixte. Poids 480 grammes. Insertion basse. Membranes complètes. Suites de couches normales.

**Observation 21**. — Hémorragies pendant la grossesse et non pendant le travail. Accouchement spontané. Enfant vivant. — N° 2029. Leiner. Multipare, 28 ans, plumassière.

*Antécédents héréditaires*. — Rien à signaler.

*Antécédents personnels*. — Ignore l'âge de ses premiers pas, aucune maladie dans son enfance.

Premières règles à 15 ans, régulières, peu abondantes, douloureuses pendant 3 jours.

Première grossesse en 1897 terminée à terme. Enfant vivant, suites de couches normales (Maternité).

Deuxième grossesse en 1899, terminée à terme. Enfant vivant, suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1900. Gémellaire terminée à terme. Enfants vivants, suites de couches normales.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles 17 janvier, ce qui la fait au terme de 7 mois environ. Vomissements pendant le premier mois. Vers le commencement de juin a une perte qui dure trois jours et qui a le même caractère que ses époques menstruelles. Consulte dans une clinique où on lui ordonne des injections très chaudes aux feuilles de noyer.

Le 15 *juillet*. — Nouvelle perte plus abondante que la première et pour laquelle elle suit sans consulter le même traitement.

Le 29 *août* 1904. — Ressentant des douleurs elle vient à la Maternité. Elle est admise salle de travail.

6 *h.* 1/2 *matin. Examen général.* — Rien de particulier à signaler.

*Palper.* — Sommet en G.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons à gauche.

*Toucher.* — Dilatation de 5 francs. Membranes intactes.

10 *heures.* — Dilatation complète. La femme fait des efforts expulsifs et en une seule contraction la tête se dégage coiffée des membranes. C'est une fille vivante, poids 2.700 grammes.

10 *h.* 20. — Délivrance naturelle et complète du poids de 450 grs.

Membranes avec petit côté indiquant insertion sur segment inférieur. Suites de couches normales, enfant en excellent état.

**Observation 22.** — Hémorragies légères du travail. Accouchement spontané. — N° 2855. Multipare, 26 ans, journalière.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au biberon, a marché à 28 mois, la rougeole à 7 ans, depuis n'a jamais été malade.

Premières règles à 16 ans, depuis régulières pendant 5 jours, douloureuses, abondantes, accompagnées de pertes de caillots.

Première grossesse en 1901. Accouchement prématuré du terme de 6 mois 1/2, enfant vivant, bien portant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1903. Avortement de 6 semaines. Suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1904. Accouchement prématuré de 8 mois 1/2, enfant mort à 22 mois de coryza. Accouchée à la clinique Tarnier.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles commencement d'avril.

Evolution normale de la grossesse, vient consulter le 5 décembre 1904 pour la première fois, ayant perdu en assez grande abondance.

Le lendemain nouvelle perte dans la matinée, elle revient à la Maternité où elle est admise salle Désormeaux.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne, rien de particulier du côté du squelette.

*Examen obstétrical.* — Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois, remontant à 24 centimètres au-dessus du pubis

*Palper.* - Sommet au d. s. en g. a.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons.

*Toucher.* — Col long dilatable de 1 franc. membranes intactes rugueuses.

On sent le placenta en arrière

Le 8 décembre 1904, contractions régulières et pertes de sang.

*Palper.* — Sommet engagé. Dos à gauche Petits membres à droite.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons.

*Toucher.* — Dilatation de 1 franc, membranes se rompant, les pertes de sang s'arrêtent.

10 *h.* 1/4, *soir.* — Dilatation complète, sous l'influence de quelques contractions la tête se dégage par ses diamètres s. o., les épaules et le tronc sont extraits sans difficulté. Garçon vivant du poids de 1.420 grammes.

Délivrance naturelle et incomplète, suites de couches normales. Enfant mort après accouchement.

**Observation 23.** — Hémorragie de grossesse et de travail. Rupture artificielle des membranes. — N° 1194. Multipare, couturière.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 16 mois, a marché à 15 mois, a eu la fièvre typhoïde.

Premières règles à 16 ans régulières, non douloureuses, assez abondantes.

Première grossesse à 25 ans terminée à 2 mois 1/2 à la suite d'une peur. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 26 ans terminée à 3 mois 1/2 déterminée par la fatigue. Suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles 27 octobre, ce qui la fait enceinte de 6 mois 1/2. Vers le troisième mois de sa grossesse la parturiente a une hémorragie assez abondante pendant le jour, aucun traitement ne lui est institué, 8 jours après apparaît une hémorragie aussi abondante que la première, la sage-femme appelée lui donne des injections très chaudes, l'hémorragie s'arrête, repos au lit, pendant 2 jours.

Huit jours après une troisième hémorragie, 15 jours après une quatrième, la sage-femme appelée donne encore injections à 45°.

Dans la première quinzaine de mai trois hémorragies se succèdent accompagnées de caillots, la parturiente est transportée Maternité.

15 *mai*. — La femme est pâle, dans un mauvais état général.

*Palper*. — Utérus développé comme pour 7 mois de grossesse.

*Auscultation*. — Bruits du cœur bons.

*Toucher*. — Col dévié à gauche ouvert à l'orifice interne, on sent des irrégularités, lesquelles peuvent être prises pour placenta, segment inférieur est épais et ne permet pas d'apprécier aucune partie fœtale.

4 *heures du matin*. — Pertes légères pouls 108.

Mme la sage-femme en chef l'examine et trouve un col ayant une longueur de 1 cm. dilaté comme 1 franc. Tout au pourtour de l'orifice elle trouve du placenta, en remontant assez haut à droite elle trouve des membranes flasques, *les déchire largement* afin de libérer la tête. Lavage rectal de 20 litres, injection vaginale, contractions qui reviennent toutes les 1/2 heures, sérum 500 grammes.

5 *heures* 1/2 *du soir*. — Col presque effacé dilaté comme 1 franc, sommet bien appliqué sur le segment inférieur.

7 *heures du soir*. — Col dilaté comme 2 francs. Bruits du cœur bons.

Contractions utérines espacées, douleurs peu accusées par la patiente.

La dilatation est complète, la parturiente fait des efforts expulsifs, la tête progresse et l'accouchement se termine bientôt par la naissance d'un enfant vivant du sexe masculin, poids 1.200 grammes.

Délivrance naturelle. Face utérine du placenta déchiquetée.

Rétention de membranes. Placenta 310 grammes.

Injection intra utérine de 15 litres à 40°. Ergotine.

L'accouchée ne perd pas. L'enfant est mis en couveuse.

*Examen du placenta*. — Forme irrégulière, la partie décollée semble tiraillée.

Suites de couches normales, mort de l'enfant le lendemain.

**Observation 24**. — Hémorragies de la grossesse et du travail. Rupture artificielle des membranes. Enfant vivant. — N° 1664. Multipare, 40 ans, ménagère.

*Antécédents personnels*. — Elevée au biberon, eut la rougeole à 8 ans, scarlatine à 16 ans.

Premières règles à 17 ans, régulières, abondantes, durée 3 jours.

Sept grossesses antérieures successives. Accouchements normaux. Suites de couches normales.

Trois des enfants sont morts quelques mois après de convulsion, diarrhée infantile, méningite.

En 1903 soignée à Cochin pour métrite, depuis a toujours eu des pertes irrégulières.

Grossesse actuelle. Dernières règles en décembre, pendant toute la durée de la grossesse, pertes survenant environ deux fois par mois brusquement et peu abondantes, n'a consulté qu'une sage-femme qui lui fit des injections chaudes.

17 *juillet*, *6 heures du matin*. — Pertes plus abondantes qui durent toute la journée; se fait conduire à la Maternité.

*Examen*. — Utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2 environ.

Sommet mobile au d. s. dos à gauche.

*Auscultation*. — Bruits du cœur sourds et précipités.

*Toucher*. — Col long dilatable comme 2 francs, membranes intactes, placenta inséré sur le s. i à droite et en avant.

Ecoulement sanguin peu considérable.

Sur le conseil de M. Macé, on rompt les membranes, la tête descend et se fixe en g. a., l'hémorragie cesse.

Etat général assez bon, pouls bien frappé. La parturiente ne perd plus.

9 *h. du soir*. — Dilatation d'une grande paume de main.

Sommet profondément engagé.

Pouls 120, température 37.4. Contraction survenant toutes les cinq minutes. Bruits du cœur toujours sourds.

11 *h.* 30. — Dilatation complète. Efforts expulsifs énergiques en deux contractions, la tête se dégage par ses diamètres s. o. b.

L'enfant naît avec quelques battements. On aspire les mucosités, donne bains froids, bains chauds, fait la respiration artificielle, enfin après 1/2 heure l'enfant fait les premiers mouvements d'inspiration, prend une coloration rosée et après quelques frictions à l'alcool, il se met à crier. Poids 3.700 grammes. Suites de couches normales.

11 *h.* 30. — L'accouchée perd un peu. Délivrance artificielle. Pla-

centa et membranes complets, absence totale du petit côté des membranes. Poids 420 grammes.

L'accouchée ne perd plus, pouls bien frappé, 500 grammes sérum.

**Observation 25.** - Hémorragies de grossesse et du travail. Rupture artificielle des membranes. — N° 1627 Secondipare, 28 ans.

Première grossesse antérieure. Accouchement normal. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse antérieure. Père différent. Evolution normale. A partir du 15 juin elle perd du sang journellement. Vient consulter le 12 juillet.

*Examen général.* — Syphilis en évolution.

*Palper.* — Tête mobile au d. s. Col en voie d'effacement dilaté comme 5 francs. Poche des eaux volumineuse. A gauche et en arrière on arrive sur le bord inférieur du placenta. Bruits du cœur nuls. *Rupture artificielle* des membranes et l'hémorragie peu abondante cesse. A 2 heures le fœtus se dégage en transverse. Poids 1.400 grammes. Délivrance naturelle incomplète, poids 420 grammes. Suites de couches normales.

**Observation 26.** — Hémorragie pendant le travail. Rupture artificielle des membranes. — N° 1073. Secondipare. 22 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de la tuberculose ; mère vivante bien portante.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au biberon ; a marché à 5 ans, a eu la rougeole à 3 ans.

Premières règles, à 13 ans, régulières pendant 5 jours, douloureuses.

Première grossesse, à 21 ans, terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, mort à 13 mois de pneumonie. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles? Evolution normale de la grossesse. Pas de pertes de sang. L'utérus paraît développé comme pour une grossesse de 7 mois. La parturiente n'a jamais consulté pendant sa grossesse et ce n'est que le 2 mai 1904 à minuit, ressentant des douleurs elle vient à la Maternité. Examinée à la réception et reconnue en travail, elle est conduite salle de travail où les soins lui sont donnés.

*Examen : Palper.* — Sommet mobile, excès de liquide.

2 *mai.* — *Auscultation.* — Bruits du cœur bons à droite.

*Minuit* 1/2. *Toucher.* — Col long dilatable comme 1 franc. Membranes intactes.

3 *mai*, 7 *heures soir.* — Bruits du cœur : bons.

*Toucher.* — Col en voie d'effacement, dilatable de 5 francs. Membranes rugueuses. La parturiente perd un peu de sang.

4 *mai. Minuit.* — Bruits du cœur bons. La parturiente perdant un peu de sang, injections chaudes lui sont données.

1 *heure* 20. — Bruits du cœur bons. Col presque effacé, dilatable de 5 francs. Le sang coulant toujours hors des organes génitaux on rompt artificiellement les membranes ; le liquide s'écoule normal et peu abondant. La tête descend ; mais le col revient légèrement sur lui même. Bruits du cœur bons. On arrive facilement à gauche, sur des saillies irrégulières qui en imposent pour le placenta.

2 *heures.* — Les pertes sanguines ont cessé ; mais à ce moment la parturiente a une menace de syncope ; on lui donne un grog, des boules chaudes sont mises à ses pieds ; le pouls est bon. Piqûre de caféïne de 1 gramme, 500 grammes de sérum.

2 *heures* 30. — La dilatation est complète ; la parturiente fait quelques efforts expulsifs, et la tête apparaît à la vulve, puis se dégage, ainsi que les épaules et le tronc.

2 *heures* 40. — Il s'agit d'un garçon débile, criant mal ; au poids de 1.650 grammes.

3 *heures* 20. – Délivrance normale et complète, poids : 450 grammes. Le petit côté des membranes est nul, la déchirure a été faite parallèlement au bord placentaire. La face externe est étalée et peu épaisse. Les membranes se rapprochant du petit coté sont épaisses et rugueuses. L'enfant meurt dans la journée. Suites de couches normales.

**Observation 27.** — Hémorragie de la grossesse et du travail. Rupture artificielle. Enfant vivant. – N° 1811. Secondipare, 26 ans, brossière.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas ainsi que les maladies de son enfance.

Premières règles à 15 ans, régulières, indolores, peu abondantes, durée 2 à 3 jours.

Première grossesse à 25 ans terminée au terme de 2 mois. Suites de couches normales.

Après son accouchement dit avoir eu des pesanteurs dans la région hypogastrique, mais ne consulte pas.

Deuxième grossesse actuelle à 26 ans. Evolution normale de la grossesse jusqu'au 28 juillet, à cette époque elle perd un peu de sang. Elle appelle une sage-femme qui lui conseille le repos et des injections chaudes.

1er *août*, 2 *heures du soir*. — Vient consulter à la Maternité pour de nouvelles pertes de sang.

*Examen général*. — Femme ayant un bon état général. Squelette normal.

*Examen obstétrical*. — Utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2. Sommet mobile dos à gauche Bruits du cœur bons.

*Toucher*. — Col dilatable de 2 francs. A gauche on arrive sur une masse rugueuse, c'est le placenta. A droite on arrive sur les membranes rugueuses épaissies. Partie fœtale très mobile, que l'on ne peut pas bien apprécier mais en imposant pour le sommet.

7 *heures du soir*. — On rompt les membranes, il s'écoule du liquide mêlé de sang et de caillots.

La parturiente se refroidit, on l'entoure de linges et boules chaudes et on lui fait une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum.

Les bruits du cœur sont bons.

8 *h*. 1/2. — Piqûre de caféïne. La parturiente semble mieux. Son pouls est bon. L'écoulement sanguin s'est arrêté, le sommet est descendu, le col est dilatable d'une paume de main.

12 *h*. 30. — Dilatation complète et expulsion rapide d'une fille vivante du poids de 2.520 grammes.

L'enfant crie faiblement, mais on la ranime vite par les procédés ordinaires.

2 *août*, 1 *heure du matin*. — Délivrance naturelle et complète. Les membranes sont complètes, il y a un petit cotylédon. L'insertion du cordon se trouve sur les membranes. La face utérine est déchiquetée surtout à l'endroit où le placenta s'insérait. Au niveau de l'orifice utérin.

Pendant la délivrance la parturiente perd, des injections chaudes lui sont données, on masse l'utérus.

Pouls 124. Temp. 37. Suites de couches normales.

Enfant bien portant à la sortie.

**Observation 28.** — Hémorragie de la grossesse et de la délivrance. Tamponnement vaginal. — 24 ans, vendeuse.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel, a marché à un an, bronchites répétées pendant l'enfance, scarlatine et rougeole à la même époque. Rhumatisme articulaire vers 6 ou 8 ans. Depuis n'a jamais été malade.

Premières règles à 15 ans, irrégulières, douloureuses, très abondantes pendant 4 et 5 jours et précédées de pertes blanches assez abondantes et accompagnées parfois de caillots.

Première grossesse à 20 ans, terminée à terme par naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant. Accouchement laborieux, semble avoir été compliqué par bride vaginale qu'on a sectionnée suites de couches normales.

Opérée pour appendicite 2 ans plus tard.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles 28 août, ce qui la fait enceinte de 6 mois. Quelques vomissements marquent le début de grossesse.

Le 1er *novembre* souffrant déjà depuis longtemps d'éventration au niveau de cicatrice latérale, elle se fait de nouveau opérer à l'hôpital Tenon où elle est restée un mois en traitement.

Depuis le 20 janvier perd presque continuellement de l'eau et du sang, sans douleurs utérines. Cet écoulement était précédé dans les premiers jours de janvier d'une perte assez abondante.

Le 27 *janvier*, à nouveau caillots nombreux. Depuis cette époque, écoulement sanguin presque continu mais peu abondant.

Le 30 *janvier* ressentant quelques douleurs, elle arrive à la Maternité où elle est admise salle de travail.

*Examen.* — Pas d'albumine dans les urines. Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois.

*Palper.* — Difficile, contractions étant assez rapprochées.

*Toucher.* — Orifice utérin dévié à gauche, dilatable de 2 francs, membranes intactes.

Bords de l'orifice résistants. Le segment inférieur semble épaissi du côté droit. Ce fait, joint aux hémorragies subies dans les antécédents font penser à une insertion vicieuse du placenta ; on sent nettement une grosse partie fœtale au dessus de l'orifice, vraisemblablement le siège.

Température 38°, pouls 104.

Monte à l'isolement aussitôt, col long dilatable comme 5 francs, membranes intactes et rugueuses, on arrive au placenta inséré à gauche et en avant.

Ecoulement sanguin insignifiant. Injections vaginales chaudes, dans le courant de la nuit, écoulement sans importance.

6 *heures du matin.* — Contractions énergiques et douloureuses. Dilatation 2 francs. La parturiente perd un peu.

8 *heures.* — Rupture spontanée des membranes, malgré cela l'hémorragie continue, tamponnement vaginal très serré, écoulement cesse. Contractions de plus en plus fréquentes.

10 *h.* 3/4. — Expulsion spontanée du tampon et du fœtus, du sexe masculin, enfant mort.

Placenta est extrait après, les membranes sont complètes, face utérine un peu déchiquetée.

Exploration de cavité utérine faite après délivrance montre présence de caillots abondants qu'on évacue. Devant hémorragie persistante on fait injection utérine à 50° et tamponnement.

L'utérus reste mou. On fait 2 injections d'ergotine, 600 grammes sérum sous-cutané.

Pouls modifié. 2 injections de caféïne. Champagne, membres inférieurs sont élevés.

*A midi.* — Pouls meilleur, bien frappé, état général moins inquiétant.

Le lendemain, amélioration continue, suites normales.

**Observation 29.** — Hémorragie dans les derniers mois de la grossesse. Sinus circulaire. — N° 1374. Delanoë, 30 ans, domestique, secondipare.

*Antécédents héréditaires.* — Parents vivants actuellement bien portants.

*Antécédents personnels.* — Elevée au biberon, ignore l'âge de ses premiers pas, n'a jamais été malade pendant son enfance.

Premières règles à 16 ans. irrégulières, indolores, peu abondantes, durée 24 heures.

Première grossesse à 25 ans terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles 14 novembre. Grossesse de 7 mois 1/2 environ. Nausées et vomissements dès le début de la grossesse.

30 *juin*. — Hémorragie brusque, perte de sang assez considérable, elle vient à la Maternité où elle est admise salle de travail. Pendant le trajet de chez elle à la Maternité, cette hémorragie s'arrête subitement.

*Examen général*. — Femme de taille moyenne, faciès très pâle, muqueuse décolorée, très anémiée, pouls petit. Urines légèrement albumineuses. OEdème de la paroi abdominale et sus-pubien.

*Examen obstétrical*. — Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois 1/2. Sommet engagé en G.

*Auscultation*. — Bruits du cœur bons.

*Toucher*. — Col largement perméable, membranes intactes, fontanelle postérieure à gauche et en avant, suture sagitale dessine le diamètre oblique gauche.

Pendant la nuit les contractions sont très faibles. Plus de pertes de sang.

2 *juillet, minuit* 1/2. — Les contractions reparaissent et de petites hémorragies très peu abondantes se produisent par moments. Col incomplètement effacé dilatable comme 2 francs.

1 *heure* 1/2. — Les contractions sont très rapprochées et très douloureuses, léger écoulement sanguin, dilatation de 3 francs. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur bons.

8 *heures*. — Dilatation d'une grande paume de main.

8 *heures* 1/4. — Dilatation complète. Mme la Sage-femme en chef donne le conseil de rompre la poche des eaux, le liquide amniotique qui s'écoule est normal, la parturiente fait des efforts expulsifs, en quelques contractions la tête apparait à la vulve et se dégage par ses diamètres S. O. B.

*Extraction*. — Enfant vivant né cyanosé, après un bain très chaud et frictions est mis en couveuse.

Délivrance naturelle et complète, poids 500 grammes.

A l'examen du placenta Mme la Sage-femme en chef fait remarquer que sur la face utérine vers le bord inférieur un caillot du volume d'une petite noix résultant de la rupture du sinus circulaire cause des nombreuses hémorragies qu'a subi cette femme. Aucun petit côté aux membranes.

Suites de couches normales.

**Observation 30.** — Hémorragie pendant la grossesse et pas pendant le travail. Accouchement spontané. Enfant vivant. — N° 666. Multipare, ménagère.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — A été élevée au sein, ignore l'âge de ses premiers pas, a été malade pendant son enfance, mais ne sait de quelle affection.

Premières règles à 14 ans douloureuses, abondantes.

Première et deuxième grossesses terminées par la naissance d'enfants vivants. Suites de couches normales.

Troisième grossesse terminée par un avortement de 3 mois 1/2, 2 embryons sont expulsés à 3 jours d'intervalle, le premier vivant, le deuxième putréfié. Suites de couches normales.

Quatrième et cinquième grossesse enfants vivants. Suites de couches normales.

Septième et huitièmes grossesse évoluent normalement enfants vivants. Suites de couches normales.

Neuvième grossesse actuelle, Dernières règles 7 juillet, vomissements au début de la grossesse.

Vers la fin de février la parturiente a une hémorragie vers 5 heures du matin, sans cause apparente, sans aucune douleur.

Elle veut se lever mais l'écoulement sanguin devient plus abondant. Elle garde le lit pendant 3 jours. L'hémorragie s'arrête, la parturiente reprend son travail.

14 *mars*, 2 *heures matin*. — Nouvelle hémorragie mais moins abondante que la première, elle ne dure que 10 minutes, elle reste quelques heures au lit, depuis marche difficilement.

17 *mars*, 11 *heures matin*. — La femme perd de l'eau peu à la fois, mais continuellement, vient à la Maternité.

Examinée à la réception et conduite salle de travail à 2 heures du soir.

Etat général bon. Facies très coloré. Température 37,2, pouls, 100.

*Palper.* — Difficile, par l'épaisseur de la paroi abdominale d'apprécier partie fœtale. Bruits du cœur bons à droite au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Col dilatable 5 francs. Membranes très épaisses, rugueuses, vraisemblablement rompues au-dessus de l'orifice car lorsqu'on soulève la partie fœtale, il s'écoule du liquide amniotique.

A gauche en remontant assez haut on atteint le bord du placenta. Sommet qui se fixe au d. p.

La parturiente ne perd pas, les contractions sont régulières revenant à intervalles assez rapprochés.

4 *h.* 50 *soir.* — Dilatation complète. Accouchement spontané sans particularité. Dégagement en o. p. Garçon 3.050 grammes.

5 *h.* 30. — Délivrance naturelle, face utérine déchiquetée. Membranes incomplètes, mais laissant voir petit côté. Suites de couches normales.

**Observation 31.** — Accouchement prématuré terme 6 mois. Hémorragies de la grossesse et du travail. Rupture artificielle des membranes et accouchement spontané. — N° 1237. Compaz. primipare, 24 ans, domestique.

Premières règles à 14 ans, régulières, pendant 4 à 5 jours, abondantes, douloureuses.

Première grossesse actuelle. Dernières règles le 6 novembre. Le 11 mai elle perd sans aucune cause une quantité assez abondante de sang et quelques caillots. Elle consulte un docteur qui lui ordonne le repos absolu, des injections chaudes, ce dont elle ne tient pas compte étant obligée de travailler. Depuis ce jour elle perd constamment du sang. Le 22 mai à la suite d'une perte plus abondante et de douleurs dans le ventre, elle consulte à nouveau le même docteur qui conseille son transport immédiat à la Maternité.

22 *mai, 4 heures du soir. Palper.* — Utérus remontant un peu au-dessus de l'ombilic développé comme pour 6 mois de grossesse.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis.

*Toucher.* — Utérus abaissé, col en voie d'effacement ouvert comme 1 franc.

Membranes intactes, rugueuses, on arrive sur le placenta. A droite on sent un sommet qui s'engage. La parturiente perd un peu de sang. Rupture artificielle des membranes.

6 *h.* 55 *du soir*. — La parturiente est mise au bain. Elle a de fortes contractions toutes les 5 minutes.

7 *h.* 05 — Contractions deviennent plus fortes et finalement elle accouche d'un enfant vivant sexe masculin, poids 950 grammes, à 7 h. 15 du soir.

Cet enfant bien conformé est mis en couveuse.

7 *h.* 30. — Légère perte sanguine par les organes génitaux, l'utérus est au niveau de l'ombilic tandis qu'après la sortie de l'enfant il était à 2 travers de doigt au-dessous.

Délivrance naturelle et complète.

*Examen du placenta*. — Il est étalé plat, poids 350 grammes. Présente sur toute sa face utérine une dégénérescence graisseuse et fibrineuse de sang qui s'étend sur les membranes. Celles-ci sont peu étendues, environ 1 cm. 1/2 du côté répondant à l'insertion basse du placenta. 20 cms. de l'autre côté. Elles sont entre autres épaissies. Suites de couches normales.

**Observation 32**. — Hémorragie du travail. Rupture artificielle des membranes. Enfant mort. — N° 611. 30 ans, ménagère

*Antécédents héréditaires*. — Rien à signaler.

*Antécédents personnels*. — A été élevée au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas, se souvient vaguement avoir eu dans son enfance fièvre typhoïde. Bronchite. Jusque vers l'âge de 8 ans a toujours été maladive.

Premières règles à 14 ans indolores, régulières, assez abondantes, cependant sans caillots. Durée 3 à 4 jours.

Première grossesse à 27 ans, terminée par un avortement de 5 mois, attribue cette fausse couche à une grande fatigue. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 27 ans, accouchement terminé à terme par une application de forceps qui aurait été nécessitée pour lenteur du travail. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Depuis son avortement la femme dit souffrir toujours du ventre, elle a été consultée et soignée à l'hôpital Boucicaut, pour métrite du col. Traitement, cautérisation et tampons.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles, 14 au 17 juin 1904. Dès les premiers jours de juillet, nausées accompagnées de vomissements.

11 *mars* 1905, 4 *heures matin*. — Elle vient à la Maternité parce qu'elle perd de l'eau depuis 11 heures du soir. Très bon état général.

Grossesse à terme. Sommet mobile au D. S., dos à gauche. Bruits du cœur bons. On arrive au toucher sur des membranes rugueuses, très irrégulières, épaisses, un peu à gauche on sent une surface tomenteuse qui en impose pour le placenta. Au travers on sent une partie fœtale, dure, mobile, qui est le sommet.

A ce moment, il se produit un écoulement sanguin assez considérable. Les membranes sont déchirées largement. On sent le cordon qu'on tend à rétropulser. La dilatation est de 5 francs, le sommet tend à se fixer. Bruits du cœur très ralentis.

Lavage rectal à 40° de 20 litres. Les contractions utérines qui jusque-là étaient espacées et peu douloureuses deviennent plus rapprochées et plus fortes. Bruits du cœur ne sont plus perçus. La femme ne perd plus.

11 *heures, matin*. — Dilatation d'une petite paume de main. Contractions fortes et régulières.

11 *mars* 1905, 1 *heure du soir*. — La dilatation est complète. La parturiente fait des efforts expulsifs. Le sommet apparaît à la vulve, accouchement spontané, enfant mort du poids de 450 grammes. Délivrance naturelle et complète.

Le placenta est très large, mince, un peu déchiqueté, la déchirure s'est produite au niveau de la face utérine se prolongeant sur 1 ou 2 centimètres des cotylédons placentaires. Les membranes sont complètes.

Après la délivrance l'accouchée perd, de nombreux caillots sont retirés de l'utérus. Injection intra-utérine, tamponnement à la gaze iodoformée. Suites de couches normales.

**Observation 33.** — Bassin rétréci. Hémorragie du travail. Rupture artificielle des membranes. Enfant vivant. — N° 930. Vierpont, 28 ans, ménagère.

Premières règles à 15 ans très douloureuses, régulières avec caillots.

Première grossesse à 26 ans terminée à terme spontanément. Une

sage-femme appelée constate une lenteur de travail et l'envoie à la Maternité, on lui donne un grand bain et elle accouche spontanément à l'aide d'expression d'un enfant né en état de mort apparente, qui succombe 48 heures après sa naissance de convulsions.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles 24 juillet.

Hémorragie légère datant de 2 jours, mais dans la nuit pertes plus abondantes qui l'obligent à venir à la Maternité.

*Examen général.* — Faciès bon, taille 1 m. 55.

*Examen obstétrical.* — Grossesse à terme. Hauteur de l'utérus 31 cm. Il s'écoule des organes génitaux une assez notable quantité de sang liquide.

Sommet qui déborde le d. s. dos à gauche. Bruits du cœur bons. Le vagin renferme de nombreux caillots. Le col est en avant, dilatable comme 5 francs. Poche des eaux intacte. Sommet élevé.

Promontoire non accessible. Branches ischio-pubienne et ligne inominnée saillantes et rapprochées.

En avant les membranes sont lisses mais en contournant le col en arrière elles deviennent rugueuses. A la partie postérieure se trouve une surface tomenteuse, irrégulière qui en impose pour le placenta.

11 *heures du matin.* — La parturiente expulse encore de nombreux caillots, on rompt les membranes sur une grande étendue.

Le sommet tend alors à se fixer en g. a. Bruits du cœur bons. La dilatation progresse.

*Midi.* — Bientôt elle est complète.

Descente et rotation lente malgré les efforts de la parturiente et de l'expression. Accouchement spontané d'une fille vivante de 3 050 grammes.

Délivrance naturelle et complète, poids 400 grammes. Placenta large étalé de forme discoïdale il existe sur un côté toute la poche des membranes qui sont complètes. La déchirure s'est faite au niveau du bord placentaire inséré à la partie postérieure de l'utérus.

Pas d'hémorragie de la délivrance. Suites de couches normales.

**Observation 34.** — Hémorragie du travail. Rupture artificielle. — N° 35 (1906). Secondipare, infirmière.

Premières règles à 15 ans, régulières, assez abondantes, accompagnées quelquefois de caillots.

Première grossesse en 1905, terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant, suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1906, terminée à 2 mois 1/2 par un avortement fait chez elle. Suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles fin mai, ce qui fait la grossesse de 7 mois environ. Dans la nuit du 6 janvier 1906 à 3 heures du matin, elle est prise d'une hémorragie évaluée à 1 demi-litre environ avec nombreux caillots. Les pertes continuent mais en petite quantité, tendance aux syncopes. Vu son état elle se fait transporter à la Maternité.

9 *h.* 1/2 *du matin.* — Température 36.6. Pouls 120.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne, rien de particulier du côté du squelette, seins et mamelons normaux. Varices des membres inférieurs.

*Examen obstétrical.* — Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois environ.

*Palper.* — Utérus constamment tendu, ne permettant pas d'apprécier aucune partie fœtale.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons.

*Toucher.* — Col dilatable comme 2 francs, nombreux caillots dans le vagin et dans le col qu'on ne détache pas de crainte de voir survenir une nouvelle hémorragie.

On arrive sur des membranes et sur des irrégularités qui doivent faire penser au placenta. Les contractions sont fréquentes, bientôt on trouve une dilatation complète, membranes intactes, et une partie fœtale élevée, l'anneau de Bandl est resserré sur le cou du fœtus. Les membranes sont largement rompues; le vagin est débarrassé des caillots qu'il contient. Un lavement de 20 litres est donné pour faire cesser cette contracture, la tête d'élevée qu'elle était repose maintenant sur le plancher périnéal et en quelques contractions elle apparaît à la vulve et se dégage, fille morte du poids de 1.850 grammes.

Injection sous-cutanée de sérum. Délivrance naturelle et complète. Poids de 500 grammes. Injection intra-utérine, suites de couches normales.

**Observation 35.** — Version podalique par manœuvres internes. Enfant mort poids 3.550 grammes. — N° 1865. 25 ans, hôtelière, secondipare.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte de bacillose, père mort ignore de quelle maladie.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 12 mois, ignore l'âge de ses premiers pas.

Cette femme dit avoir eu une bronchite et une angine vers l'âge de 7 ans.

Premières règles à 13 ans, douloureuses, très abondantes les premiers temps, régulières, puis furent abondantes et douloureuses pendant 2 ans, depuis elles sont très régulières, indolores, peu abondantes.

Première grossesse en 1904 à l'âge de 27 ans terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, mort à 4 mois de gastro-entérite, suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles 15 décembre. Evolution normale de la grossesse jusqu'au troisième mois, à cette époque cette femme dit avoir fait une chute, consécutivement elle eut des pertes de sang répétées, consulte un docteur qui lui ordonne des lave ments de laudanum, valeriane; cessation des hémorragies.

Au mois de juillet elle perd un peu de sang à 4 ou 5 reprises différentes, ces pertes sont arrêtées par le repos et les injections chaudes.

Il y a 8 jours hémorragie soudaine brusque, silencieuse, abondante, elle fait de nouveau appeler un docteur qui institue le traitement des injections chaudes.

Le 31 *août* vers 7 heures du soir hémorragie brusque assez abondante, qui nécessite un tamponnement, et l'hémorragie s'arrête.

Le 1er *septembre* vers 5 heures du matin apparition des premières douleurs et nouvelle hémorragie.

Cette fois la parturiente est amenée à la Maternité.

A son arrivée les linges sont très tachés, la quantité de sang qu'elle a perdu est assez considérable, les caillots recueillis pèsent 150 grs.

Cette femme présente un faciès pâle, elle paraît assez affaiblie par les hémorragies successives qu'elle a sublies.

Température 38, pouls 116.

L'utérus a une forme sphérique.

*Palper.* — Au niveau du d. s. on ne trouve aucune partie fœtale.

*Examen. Toucher.* — Le col a conservé toute sa longueur, dans le vagin on trouve de nombreux caillots, après les avoir enlevé on

constate qu'on arrive sur le placenta adhérent en arrière, la partie fœtale est difficilement accessible, des petits membres sont perçus, on rompt la poche des eaux et en introduisant la main on va à la recherche d'un pied qu'on attire au dehors.

La malade est alors remise dans son lit et réchauffée, on lui fait boire du champagne.

9 *h.* 45 *du matin.* — La dilatation est complète et l'expulsion se fait normalement.

Enfant mort, sexe masculin, poids 3.550 grammes. Délivrance naturelle et complète.

L'examen montre un petit côté, aux membranes indiquant bien l'insertion sur le segment inférieur. Suites de couches normales.

**Observation 36.** – Hémorragie pendant la grossesse et le travail. Terme de 8 mois. Rupture artificielle des membranes et abaissement d'un pied. Enfant mort. — N° 753. Multipare, 37 ans, ménagère.

Premières règles à 14 ans, peu douloureuses, durée 2 à 3 jours

Première grossesse à 19 ans, enfant vivant, mort à 5 ans de méningite. Suites de couches normales.

9 grossesses terminées à terme, enfants vivants. Suites de couches normales.

Onzième grossesse. Accouchement à terme à l'Hôtel-Dieu, cette femme dit avoir eu une hémorragie abondante avant l'accouchement.

Enfant mort quelques instants après sa naissance. Suites de couches normales.

Douzième grossesse actuelle. Dernières règles 14 juillet. Grossesse de 8 mois, la grossesse évolue normalement pendant les premiers mois.

12 *mars.* - Sans aucune douleur elle perd brusquement du sang mêlé de caillots, elle fait demander un docteur qui lui conseille le repos et le séjour à l'hôpital s'il survenait une nouvelle hémorragie.

14 *mars* 1905, 8 *heures du soir.* — Sans aucune douleur, nouvelle hémorragie se produit. La malade se couche et le 15 mars vient consulter à la Maternité.

*Examen.* — Femme de grande taille. Paroi abdominale très épaisse, vergetures abondantes, palper rendu difficile.

16 *mars* 1905. — Fœtus mobile au D. supérieur, partie mobile se continuant avec le dos à gauche.

A droite et au fond de l'utérus ballottement très net paraissant être l'extrémité céphalique.

*Auscultation.* — Bruits du cœur bons perçus à gauche au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Périnée et vagin extrêmement souples, bourrelet vaginal, col ramolli ouvert à l'orifice externe.

Dans la nuit du 31 mars au 1er avril hémorragie assez abondante.

Cette hémorragie se reproduit dans la matinée du 1er avril, on sent au plein milieu du col des cotylédons placentaires avec des caillots.

Le 1er avril au matin on décide une intervention. Le col utérin atteint une dilatation d'une petite paume et enserre la main exploratrice.

On décolle un point du placenta, rompt les membranes qui sont très résistantes abaisse un pied, du liquide s'écroule. Bruits du cœur très lents.

Les douleurs peu intenses continuent dans l'après-midi toutes les minutes, mais l'hémorragie s'est arrêtée à 2 heures, il est impossible d'entendre les bruits du cœur, il reste encore 2 centimètres de col, on attend.

3 *heures* 50. — Dilatation complète.

4 *heures.* — Tractions sont exercées très en bas et en arrière sur le pied procédent, le siège s'engage peu à peu. Bientôt la jambe postérieure est dégagée, anse au cordon. Dégagement du bras antérieur, puis du postérieur, extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant mort, poids 3.250 grammes, sexe masculin, cyanosé, l'épiderme commence à s'exfolier au niveau des membres inférieurs.

4 *heures* 50. — Délivrance naturelle et complète, le placenta est déchiqueté en un point provenant de la rupture manuelle.

Injection intra-utérine. Badigeonnage à la glycérine créosotée, tamponnement. Suites de couches normales.

**Observation 37.** — Hémorragies de grossesse et du travail. Abaissement du pied antérieur. Accouchement spontané enfant mort. — N° 620. Multipare, 44 ans, ménagère.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Elevée au sein maternel, ignore l'âge de ses premiers pas, ne se souvient pas avoir été malade pendant son enfance.

Premières règles à 14 ans, régulières, très abondantes, douloureuses, n'a jamais constaté la présence de caillots.

Première grossesse en 1904. Terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant actuellement bien portant, suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1962, terminée à terme, enfant vivant. Suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles 14 juillet 1904, ce qui la fait au terme de 7 mois 1/2, vomissements, malaises jusqu'au moment où elle perçoit des mouvements actifs.

Bronchite dans le cours de la grossesse.

Le 8 mars, elle a une hémorragie abondante, elle fait venir une sage-femme qui l'envoie de suite à la Maternité.

*Examen.* — Femme de taille moyenne ; aucun signe de rachitisme.

*Examen obstétrical.* — Utérus remontant à 2 travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Excavation vide, sommet très mobile au d. s. au fond de l'utérus, se trouve une seconde tumeur ronde, dure, qui est le siège, une surface plane s'interpose entre elles. Bruits du cœur bons au niveau de l'ombilic.

*Toucher.* — Col long déhiscent, on arrive directement sur les membranes qui sont rugueuses, à droite se trouve le placenta.

8 *heures, matin.* — Mme la Sage-femme en chef fait la version par manœuvres externes afin de ramener le siège au d. s.

Pour maintenir la partie fœtale 2 tampons sont mis de chaque côté de la partie fœtale maintenus par un bandage de flanelle.

11 *heures, matin.* — Bruits du cœur bons.

6 *heures, soir.* — Bruits du cœur bons.

La parturiente ne perd pas, absence de contractions utérines.

10 *mars* 1905, 8 *heures du matin.* — Mme la Sage-femme en chef pratiquant le toucher constate que le placenta recouvre tout l'orifice utérin.

Léger suintement dans la nuit du 11 au 12 mars.

12 *mars*, 8 *h.* 30. — L'hémorragie s'accentue, imbibe fortement le pansement.

9 *h.* 30. — On fait la dilatation manuelle du col, ouvert à ce moment comme 5 francs, décolle le placenta qui occupe le centre de l'orifice puis les membranes latéralement, les rompt, saisit et amène le pied antérieur, une anse du cordon qui est vers le pied est facilement réduite. Un lacs est mis sur le pied.

A partir de ce moment, la parturiente a des contractions fréquentes et se plaint de violents maux de reins.

A chaque contraction il s'écoule du liquide amniotique teinté en rose.

A un frisson d'une durée de 10 minutes. Pouls 116, température 38,1.

Des tractions sont exercées de temps en temps, le col est dilatable comme 5 francs.

Les contractions utérines apparaissent environ toutes les 5 minutes.

3 *h.* 45 *soir.* — La dilatation est complète, la parturiente fait des efforts expulsifs et l'expulsion se fait sans difficulté.

Enfant mort du sexe masculin. Poids 2.900 grammes.

Les bruits du cœur n'avaient du reste plus été perçus après les manœuvres faites au moment de l'abaissement du pied.

Le placenta est presque aussitôt expulsé, il est complet du poids de 450 grammes.

Après la délivrance. Injection intra-utérine de 10 litres, badigeonnage à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée. Température après l'accouchement 37,2, pouls 120. Suites de couches normales.

**Observation 38.** — Hémorragie de grossesse et du travail. — Présentation du siège. Version. Enfant mort. — N° 41 (Rivière). Multipare, 28 ans, couturière.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte. Père bien portant.

Premières règles à 10 ans, régulières mais douloureuses et abondantes (4 jours), accompagnées de pertes de caillots, restant souvent alitée.

Première grossesse à l'âge de 18 ans, terminée par la naissance à terme d'un enfant vivant qui succombe 15 jours après. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 20 ans, naissance d'enfant vivant actuellement. Au 2e jour de son accouchement curettage pour délivrance incomplète, accouchée chez elle.

Troisième grossesse à 22 ans, à terme, enfant vivant actuellement. Extraction du placenta le lendemain de l'accouchement. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse à 24 ans, à terme, enfant vivant actuellement, Suites de couches normales.

Cinquième grossesse actuelle Dernières règles en juin 1904.

A toujours souffert pendant sa grossesse, bronchite, douleurs de ventre. Dans le courant du mois de décembre est venue consulter à la Maternité pour une perte de sang assez abondante, on lui conseille de rester à l'hôpital, ce qu'elle n'accepte pas.

Le 5 *janvier* 1905, nouvelle hémorragie très abondante qui nécessite son transport d'urgence à la Maternité.

8 *heures du matin*. Femme dans un très mauvais état général, muqueuses décolorées, pouls petit, rapide.

M. Porak procède à l'examen et trouve un col qui permet l'introduction d'un doigt et arrive directement sur un placenta décollé. La dilatation forcée est faite par le doigt et M. Porak après avoir rompu les membranes va à la recherche d'un pied qu'il abaisse immédiatement et assez facilement puisqu'il s'agit d'un siège.

L'hémorragie s'arrête aussitôt et on laisse le travail livré à lui-même, celui-ci progresse régulièrement, les contractions deviennent plus fréquentes.

On s'occupe alors de l'état général, sérum, caféine, huile camphrée, sont donnés à la parturiente.

A 4 *heures* 1/2. — L'enfant a succombé.

La dilatation est d'une grande paume de main, elle se complète vite et à l'aide de légères tractions sur le membre inférieur le dégagement se fait.

Enfant mort du poids de 1.850 grammes à 5 h. 05.

A 5 *heures* 30. — Délivrance est faite par traction et expression, poids du placenta 400 grammes.

Les membranes sont rompues au ras du placenta, insertion du cordon à la marge du placenta, injection intra-utérine. Suites de couches normales.

**Observation 39**. — Hémorragie du travail. Siège complet. Abaissement d'un pied. Accouchement spontané. Enfant vivant 2.600 grammes. — N° 779. Borloz, multipare, 33 ans, mécanicienne.

*Antécédents héréditaires*. — Rien à signaler.

*Antécédents personnels*. — Elevée au biberon, a marché à 13 mois. Convulsions à 12 mois, n'a jamais été malade dans son enfance. A 23 ans a eu une congestion pulmonaire et depuis ce temps a tous les hivers une bronchite.

Premières règles à 14 ans, régulières, pendant 8 jours, non douloureuses.

Première grossesse à 25 ans, fille vivante. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 26 ans, accouchement prématuré au terme de 6 mois. Enfant mort. Suites de couches pathologiques, fièvre, délire, soignée chez elle par un docteur et une sage-femme.

Troisième grossesse à 26 ans 1/2. Avortement de 4 mois. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse à 27 ans. Avortement de 2 mois. Suites de couches normales.

Cinquième grossesse à 28 ans, fille vivante, morte un mois après. Suites de couches normales.

Sixième grossesse à 30 ans. Suites de couches normales.

Septième grossesse actuelle à 33 ans. Dernières règles fin juin. Dès le début de sa grossesse la parturiente a deux hémorragies successives, elle ne consulte pas.

*Le 4 avril* 1905, c'est-à-dire au terme de 8 mois 1/2, hémorragie début de travail.

*Examen*. — Grossesse de 8 mois 1/2 environ. Siège mobile au d. s. Ballotement céphalique au fond de l'utérus. Dos à gauche. Bruits du cœur perçus à gauche. Col dilatable 5 francs. Membranes rompues. On arrive directement sur les 2 pieds et à bout de doigt sur le siège encore très élevée. Crête sacrée à gauche et en avant. A droite on sent le bord du placenta. Comme la parturiente perd du sang on abaisse le pied antérieur et le siège décomplété vient s'appuyer directement sur l'orifice. Les contractions sont fréquentes, douloureuses, et en une heure la dilatation se complète et l'expulsion se fait rapidement et normalement.

Fille vivante 2.600 grammes. Délivrance naturelle. Membranes complètes. Poids 380 grammes. Le petit côté des membranes ne mesure que 2 centimètres et l'insertion du cordon est de ce côté. Suites de couches normales. Enfant vivant à la sortie.

**Observation 40.** — Présentation du siège. Extraction hâtive. Membranes rompues 4 jours avant l'accouchement et hémorragie persistante. — N° 1485. Chassang. 38 ans, primipare, ménagère.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécedents personnels.* — Elevée au sein maternel, premiers pas à 16 mois, eut la coqueluche à 4 ans.

Premières règles à 16 ans peu abondantes. non douloureuses. A 18 ans, anémie qui dura longtemps.

Première grossesse actuelle. Dernières règles 11 octobre 1904. Vomissements au début de la grossesse. Elle souffre d'un point au niveau de la fosse iliaque gauche. Vers le septième mois, à ce moment, elle eut une hémorragie évaluée à 1/2 verre environ, elle ne consulta pas.

Le 12 *juillet* elle perd de l'eau sans contractions douloureuses.

Le 13 *juillet* eut une seconde hémorragie mais plus abondante que la première, elle évolue cette perte de sang à 1/2 litre environ.

Le 16 *juillet* elle expulse des caillots. Effrayée elle vient consulter à la Maternité où elle est admise salle de travail.

*Examen général.* — Femme de taille moyenne, rien à signaler du côté du squelette, seins et mamelons bien conformés. Varices des membres inférieurs.

Assez bon état général. Pouls bien frappé. Température 37°2. Grossesse de 8 mois 1/2 environ.

*Palper.* — Siège complet mobile au d. s.

*Auscultation.* — Enfant vivant.

*Toucher.* — Col en voie d'effacement dilatable comme 5 francs. Membranes rompues depuis le 12 juillet et écoulement sanguin depuis cette époque. Placenta en avant sur le segment inférieur.

Extraction hâtive après abaissement d'un pied par M. le docteur Macé. Pendant l'accouchement Mme la Sage-femme en chef refoule le col incomplètement dilaté au-dessus de la partie fœtale. Peu de diffi-

cultés pour l'extraction du tronc. Enfant sexe féminin née en état de mort apparente. Mme la Sage-femme en chef le ranime.

Délivrance naturelle et complète poids 450 grammes. Placenta irrégulier et déchiqueté avec membranes déchirées à 3 centimètres environ du placenta. Injection intra-utérine 500 grammes de sérum.

17 *juillet*. — On constate que l'enfant crie mal, on ordonne un bain et une friction qui n'amènent aucun résultat. Il succombe à midi le 17 juillet 1905. Suites de couches normales.

## CONCLUSIONS

L'hémorragie dans le placenta praevia reste grave pour la mère et pour l'enfant.

*Statistique de Saint-Antoine. Thèse Bourretère.*

| | | |
|---|---|---|
| Mortalité maternelle, sur 92 cas, | 9 morts . . . | 9,7 0/0 |
| Mortalité fœtale, — | 67 morts . . . | 72,8 0/0 |

*Statistique de la Maternité.*

| | |
|---|---|
| Mortalité maternelle, 3 années . . . . . | 9,3 0/0 |
| Mortalité fœtale, — . . . . . | 64,6 0/0 |

**Traitement** se divise { traitement obstétrical, — médical.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

Chapitre premier. — **L'hémorragie survient pendant la grossesse.**

1° Injections chaudes vaginales, lavement laudanisé, repos absolu au lit.

2° Si injections chaudes ne suffisent pas, avoir recours au tamponnement.

3° Si tamponnement et injections chaudes restent vains, rupture artificielle des membranes.

*Etude de la rupture artificielle des membranes.* — Elle est simple quand l'insertion est latérale ou marginale. Quand l'insertion est centrale, on lui préfère le tamponnement toutes les fois que le col n'est pas dilatable.

Quand il est dilatable, on peut perforer le placenta, mais cette manœuvre ne doit être que le premier temps d'une version secondaire et immédiate.

Les résultats, malgré certaines critiques, sont excellents. Quoi qu'il en soit la rupture artificielle tend à devenir le premier stade de la version par manœuvres internes.

## Chapitre II. — L'hémorragie survient pendant le travail.

### A. — *Dilatation incomplète.*

1° Si l'état de la femme est bon : faire la rupture artificielle.

2° Si l'état de la femme est mauvais, ou si d'autre part la rupture artificielle déjà faite n'a pas arrêté l'hémorragie : faire la version par manœuvres internes.

*Etude de la version.* — Le point capital pour une bonne version est la dilatation suffisante du col. Il faudra faire cette dilatation suivant la méthode de Bonnaire, ou dilatation manuelle, mais lentement, progressivement, les ruptures utérines sont la conséquence de version faite sans dilatation suffisante.

La version effectuée, il est préférable de laisser l'accouchement livré à lui-même.

Malgré *les difficultés et les complications, la version* donne d'excellents résultats. Statistique de M. Demelin, 1,4 0/0.

Statistique de Saint-Antoine : 8,1 0/0.

Statistique de la Maternité : 21,4 0/0 qui expurgée tombe à 10,7 0/0.

Ce qui on le voit reste énorme, mais il faut bien le dire, les cas désespérés réclament impérieusement l'accouchement rapide, et la version est toujours la méthode employée.

### B. — *La dilatation est complète.*

La version s'impose si la poche des eaux n'est pas rompue.

Le forceps sera employé quand l'enfant sera vivant, quand on trouvera un bon engagement ou quand la poche des eaux sera rompue depuis déjà quelque temps.

Enfin le basiotribe sera en usage quand le sommet sera profondément engagé et que les battements fœtaux auront cessé.

### Chapitre III. — **Pendant et après délivrance.**

Si l'hémorragie continue on fera la délivrance artificielle et si le sang persiste à couler, on pratiquera des irrigations d'eau oxygénée diluée, et surtout le tamponnement intra-utérin.

Si l'hémorragie est due à une complication, il s'agira de traiter celle-ci.

#### TRAITEMENT MÉDICAL

Si l'hémorragie est légère, le repos au lit, dans une chambre suffisamment chauffée. Quelques boissons réconfortantes suffisent.

Si l'hémorragie a été plus abondante, des injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée, des boissons stimulantes, le repos absolu dans le calme, telles sont les indications à remplir.

L'hémorragie a été considérable ; l'anémie est prononcée : il est de toute nécessité de surseoir au traitement obstétrical, le tamponnement s'impose pour arrêter l'hémorragie et d'emblée il faut avoir recours au traitement médical. Injection

d'éther, d'huile camphrée, ballons d'oxygène, et surtout injections intra-veineuses de sérum artificiel sont absolument de rigueur.

VU :
*Le Président de la thèse,*
GILBERT.

VU :
*Le Doyen,*
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*
L. LIARD.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE